

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023		
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA										
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	125.000 ESAMI TOTALI - 55.000 PER ESTERNI E 70.000 PER INTERNI			
			7	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%				
			7	Assicurare i volumi di prestazioni diagnostiche previste nel documento di budget della Breast Unit, sia per la fase di inquadramento diagnostico sia per la fase di follow up	100%	≥ 90% < 100%				
			7	Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (CDrO) mediante l'utilizzo delle agende dedicate		N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate nella tempistica prevista		Incremento su anno precedente		
			7	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa		Qualitativo SI / NO		SI		
			7	Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)		Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)		Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	
	7			% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI					
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'										
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Esami eseguiti e referati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%				
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	5	Esami eseguiti e referati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS		Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA										
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione				
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE										
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%					
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI					
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA										
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI					
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI					
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE										
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT				
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013				
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI					
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA										
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI					
			100							

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PES O	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	12.000 ESAMI TOTALI - 9.000 PER ESTERNI E 3.000 PER INTERNI	
			8	Assicurare i volumi di prestazioni diagnostiche previste nel documento di budget della Breast Unit, sia per la fase di inquadramento diagnostico sia per la fase di follow-up	100%	≥ 90% < 100%		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (COO) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	8	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	8	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	8	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
	8	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per farmaci e dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per farmaci e dispositivi medici	Diminuzione della spesa per farmaci e dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi farmaci e DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE SANITARIO
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	44.000 ESAMI TOTALI - 15.000 PER ESTERNI E 29.000 PER INTERNI		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (CO/O) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	7	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	7	Qualitativo SI / NO	SI				
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	10	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
			10	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%			
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%			
	Garantire attività di radiologia interventistica	Garantire le prestazioni di radiologia interventistica in urgenza e in elezione	6	N. procedure interventistiche eseguite	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT			
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione DIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI				
			100						

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	44.000 ESAMI TOTALI - 17.000 PER ESTERNI E 27.000 PER INTERNI		
			7	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (COro) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	10	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	7	Qualitativo SI / NO	SI				
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	9	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120		La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			9	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%			
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT			
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI				
			100						

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PES O	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	50.000 ESAMI - 37.000 INTERNI E 13.000 ESTERNI		
			7	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (CO/O) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	10	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	7	Qualitativo SI / NO	SI				
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	9	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
	9	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%						
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Esami eseguiti e referatati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%			
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	5	Esami eseguiti e referatati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale				
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI				

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	65.000 ESAMI TOTALI - 35.000 PER INTERNI E 30.000 PER ESTERNI	
			7	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (COO) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	10	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	7	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	9	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
	9	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. [DGR 1487/2019][DGR 78/2023][DGR 262/2023]	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	55.000 ESAMI - 23.000 PER ESTERNI E 32.000 PER INTERNI	
			10	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	10	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	10	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			10	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) [DGR 1487/2019]	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. [DGR 78/2023]	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	41.000 ESAMI - 24.000 ESTERNI E 17.000 INTERNI	
		Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	10		100%	≥ 90% < 100%		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	10	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	10	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120		La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	
	10	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	5	Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%		Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA...								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 5, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.l.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale		Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale		Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

[Signature]

Il Direttore di Unità Operativa

[Signature]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	23.000 ESAMI TOTALI AL DSS LECCE E 41.000 ESAMI PRESSO GLI ALTRI SERVIZI TERRITORIALI INCLUSO SAN CESARIO		
			10	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%			
			7	Assicurare i volumi di prestazioni diagnostiche previste nel documento di budget della Breast Unit, sia per la fase di inquadramento diagnostico sia per la fase di follow up	100%	≥ 90% < 100%			
			7	Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (COO) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente			
			7	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	Qualitativo SI / NO	SI			
			10	Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			10	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	6	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE									
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT			
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI				
			100						

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	AUMENTO DEGLI ESAMI PER ESTERNI E RIDUZIONE DEGLI ESAMI PER INTERNI IN RAGIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA (430.000 PER ESTERNI E 3.180.000 PER INTERNI)	
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	15	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
	Garantire la revisione delle richieste di tamponi molecolari per interni	Migliorare la appropriatezza della erogazione di tamponi molecolari per interni	5	N. tamponi molecolari effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione dell'80% rispetto ad anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	12	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Aumento della diffusione e dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	> 90%			
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G D.Lgs. N. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

[Firma]

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	AUMENTO DEGLI ESAMI PER ESTERNI E RIDUZIONE DEGLI ESAMI PER INTERNI IN RAGIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA (38.000 ESAMI PER ESTERNI E 7.000 ESAMI PER INTERNI= 45.000 ESAMI TOTALI)		
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	12	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%				
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	8	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
			8	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale per l'accesso alle prestazioni mediante l'utilizzo delle agende dedicate	8	N. prestazioni erogate ai pazienti mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	10	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE									
Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	5	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	5	Equilibrio economico-finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Equilibrio economico-finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Almeno una riunione sul tema				
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Almeno una riunione sul tema				
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del dossier formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI				
			100						

Per la Direzione Sanitaria
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko FEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	GARANTIRE GLI ESAMI SULLA BASE DELLA PRIORITA' (27.500 PER INTERNI E 24.000 PER INTERNI)	
			1D	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%		
			6	Assicurare i volumi di prestazioni diagnostiche previste nel documento di budget della Breast Unit, sia per la fase di inquadramento diagnostico sia per la fase di follow up	100%	≥ 90% < 100%		
			10	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	SI			
			11	Rispetto dei tempi raccomandati dai PDTA per l'esecuzione delle prestazioni con particolare riferimento ai tumori	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	8	Riduzione tempi di esecuzione e refertazione prestazioni diagnostiche per interni	Miglioram. Performance anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	10	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	4	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	4	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Almeno una riunione sul tema			
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Almeno una riunione sul tema			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del dossier formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

Vladimir Dill'Anna

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	AUMENTO DEGLI ESAMI PER ESTERNI E RIDUZIONE DEGLI ESAMI PER INTERNI IN RAGIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA (680.000 PER ESTERNI E 380.000 PER INTERNI)	
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	15	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
		Migliorare la appropriatezza della erogazione di tamponi molecolari per interni	5	N. tamponi molecolari effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione dell'80% rispetto ad anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	12	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Aumento della diffusione e dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	> 90%			
		Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Miglioramento della copertura e qualità dei servizi informativi - Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento dei dati nei sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 428/2001	Rispetto tempi copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 428/2001	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DSA aziendale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 428/2001	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
		Completezza, correttezza e tempestività delle segnalazioni	2	Rispetto delle misure in materia di trasparenza e anticorruzione	Certificato da RPCT anche sulla base della attestazione RPCT			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

Potenza Ulpiano

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	13	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	GARANTIRE GLI ESAMI SULLA BASE DELLA PRIORITA' (10.000 PER ESTERNI E 17.000 PER INTERNI COMPRESI GLI SCREENING). RIAPERTURA PER ESTERNI ENTRO MAX 1 LUGLIO PV	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	13	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%		
		Rispetto dei tempi raccomandati dai PDTA per l'esecuzione delle prestazioni con particolare riferimento ai tumori	14	Tempo di attesa tra il prelievo e la refertazione coerente alle raccomandazioni dei PDTA per tumori	100%			
		Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	8	Riduzione tempi di esecuzione e refertazione prestazioni diagnostiche per interni	Miglioram. Performance anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	10	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	4	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	4	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Almeno una riunione sul tema			
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Almeno una riunione sul tema			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del dossier formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	AUMENTO DEGLI ESAMI PER ESTERNI E RIDUZIONE DEGLI ESAMI PER INTERNI IN RAGIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA (900.000 PER ESTERNI E 330.000 PER INTERNI)	
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	15	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	8	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	7	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	12	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Aumento della diffusione e dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	> 90%			
		Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G D.Lgs. N. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	fino al 1 settembre AUMENTO DEGLI ESAMI PER ESTERNI E RIDUZIONE DEGLI ESAMI PER INTERNI IN RAGIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA (5.000 ESAMI PER ESTERNI E 3.000 ESAMI PER INTERNI)	
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	15	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
		Migliorare la appropriatezza della erogazione di tamponi molecolari per interni	5	N. tamponi molecolari effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione dell'80% rispetto ad anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	12	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Aumento della diffusione e dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	> 90%			
		Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
		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)	2	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G D.lgs. N. 150/2009 e dei D.lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

* è previsto accorpamento funzionale con UOSD Patologia Clinica del PO di Galatina, da effettuarsi entro il 31 maggio pv, fermo restando il profilo di alta specializzazione della Dr.ssa Bruno, ad invarianza contrattuale e la persistenza del Centro di Costo di Biologia Molecolare fino al 31 agosto pv

100

Per la Direzione Generale

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	AUMENTO DEGLI ESAMI PER ESTERNI E RIDUZIONE DEGLI ESAMI PER INTERNI IN RAGIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA (320.000 PER ESTERNI E 550.000 PER INTERNI)	
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	15	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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 Garantire la revisione delle richieste di tamponi molecolari per interni	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
		Migliorare la appropriatezza della erogazione di tamponi molecolari per interni	5	N. tamponi molecolari effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione dell'80% rispetto ad anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	12	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Aumento della diffusione e dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	> 90%			
		Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Miglioramento della copertura e qualità dei servizi informativi - Garanzia del corretto, completo e tempestivo rispetto tempi e copertura per inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la trasmissione dei dati informativi	Rispetto tempi e copertura per inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la trasmissione dei dati informativi	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G D.Lgs. N. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato.	100%	≥ 80% < 100%	AUMENTO DEGLI ESAMI PER ESTERNI E RIDUZIONE DEGLI ESAMI PER INTERNI IN RAGIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA (1.000.000 PER ESTERNI E 500.000 PER INTERNI)	
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	15	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
		Garantire la revisione delle richieste di tamponi molecolari per interni	5	N. tamponi molecolari effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione dell'80% rispetto ad anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	12	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Aumento della diffusione e dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	> 90%			
		Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Miglioramento della copertura e qualità dei servizi informativi - Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento dei dati nei sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 1/2012	Rispetto tempi e copertura per inserimento dei dati nei sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 1/2012	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DOK annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 1/2012	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario (DOK) stabilito dalla Direzione Strategica	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
		Completezza, correttezza e tempestività delle segnalazioni obbligatorie e volontarie di cui al vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	Rispetto delle misure in materia di trasparenza e anticorruzione	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione RPCT			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

[Firma]

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	AUMENTO DEGLI ESAMI PER ESTERNI E RIDUZIONE DEGLI ESAMI PER INTERNI IN RAGIONE DELL'APPROPRIATEZZA CLINICA (1.000.000 PER ESTERNI E 700.000 PER INTERNI)	
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	10	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
		Elaborazione di un percorso di appropriatezza prescrittiva per interni in sinergia con la Direzione Medica del Presidio	5	n. progetto	1			
	Garantire la revisione delle richieste di tamponi molecolari per interni	Migliorare la appropriatezza della erogazione di tamponi molecolari per interni	5	N. tamponi molecolari effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione dell'80% rispetto ad anno precedente			
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Implementazione della telemedicina	Telemedicina per la branca di riferimento	Elaborazione di un progetto di telemicrobiologia nell'ambito della rete aziendale dei laboratori	5	n. progetto	1			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	12	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Aumento della diffusione e dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	> 90%			
		Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G D.Lgs. N. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	20	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	1.300.000 PER ESTERNI E 500.000 PER INTERNI	
		Assicurare l'accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	15	Accesso diretto alle urgenze e alle categorie di utenti con priorità	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	15	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Perseguimento della qualità diagnostica	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	Incrementare il livello qualitativo delle prestazioni eseguite	5	N. prestazioni erogate sottoposte a verifica esterna di qualità che rientrano nel target di specifiche qualità analitiche previste per quella prestazione	80%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	12	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Aumento della diffusione e dell'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	> 90%			
		Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G D.Lgs. N. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

106

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

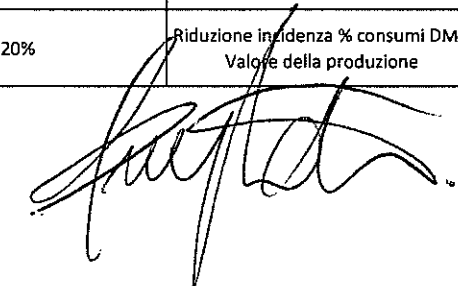
Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

Direttore

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 2.100 PESO MEDIO DRG: > 1,6	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. VISITE: 1.300 PER ESTERNI	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Sviluppo delle attività breast unit	3	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	>150	>135		
	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. (Cod. H03C_D.M. 12/03/2019)	Contenimento nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo per tumore della mammella	3	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	122 gg.			
	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi previsti dai PDTA per tipologia di tumore	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	Rispetto del rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure, in linea con quanto previsto dagli standard di riferimento, in particolare DM 70/2015 e DGR 1103/2020	Garantire l'organizzazione della rete chirurgica in modo da assicurare i volumi previsti	2	N. Interventi per K colon (centro HUB - DGR 1103/2020)	>50			
	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Cod. H05Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione della degenza post-operatoria	2	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	≥ 70%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		



OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 850 CON PESO MEDIO DRG: ≥ 1,25	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. DAY SERVICE: 1.500	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 2.000	GARANTIRE PUBBLICAZIONE DELLE AGENDE AL 100%
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO		SI				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	2+D22:D31	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualificazione assistenza ospedaliera	Proporzione di intervento di ricostruzione, inserzione di espansore tissutale o impianto di protesi nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella.	Miglioramento degli esiti dell'intervento	3	Proporzione di intervento di ricostruzione, inserzione di espansore tissutale o impianto di protesi nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella.	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
		Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
		a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
		Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
		a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconocliati in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 7.000 TOTALI.	
			9	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	6	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			6	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Miglioramento qualità delle cure	Miglioramento delle performance con riduzione delle complicanze	4	% complicanze/colonscopie interventistiche eseguite	< 3%			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento. (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
----------------------	------------------------------------	---------------------	------	------------	---------------	---------------------	-----------------------	----------------

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 800 CON PESO MEDIO DRG: ≥1,7	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 2.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%		GARANTIRE PUBBLICAZIONE DELLE AGENDE AL 100%	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. interventi K polmone (centro HUB - DGR 1103/2020)	> 100			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.250 PESO MEDIO DRG: ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 4.000	
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio	4	Qualitativo SI / NO	SI			
	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi previsti dai PDTA per tipologia di tumore	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	Rispetto del rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure, in linea con quanto previsto dagli standard di riferimento, in particolare DM 70/2015 e DGR 1103/2020	Garantire l'organizzazione della rete chirurgica in modo da assicurare i volumi previsti	2	N. Interventi per K colon (centro Spoke - DGR 1103/2020)	>30			
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H042 _D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Cod. H05Z _D.M. 12/03/2019)	Riduzione della degenza post-operatoria	2	H05Z - Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	≥ 70%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.250. PESO MEDIO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg - Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg - Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI PER ESTERNI: 2.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	4	Qualitativo SI / NO	SI			
	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi previsti dai PDTA per tipologia di tumore	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	Rispetto del rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure, in linea con quanto previsto dagli standard di riferimento, in particolare DM 70/2015 e DGR 1103/2020	Garantire l'organizzazione della rete chirurgica in modo da assicurare i volumi previsti	2	N. interventi per K colon (centro Spoke - DGR 1103/2020)	>30			
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Cod. H05Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione della degenza post-operatoria	2	H05Z - Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	≥ 70%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

[Handwritten signature]

Il Direttore di Unità Operativa

[Handwritten signature]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 720 PESO MEDIO DRG: ≥ 1,35	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
			3	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 1.200	
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigorous rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Cod. H04Z _D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatezza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Cod. H05Z _D.M. 12/03/2019)	Riduzione della degenza post-operatoria	5	H05Z - Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	≥ 70%			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.500 CON PESO MEDIO DRG ≥1,20	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 4.800	
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione Qualitativo SI / NO	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio	4	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei tempi previsti dai PDTA per tipologia di tumore	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	Rispetto del rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure, in linea con quanto previsto dagli standard di riferimento, in particolare DM 70/2015 e DGR 1103/2020	Garantire l'organizzazione della rete chirurgica in modo da assicurare i volumi previsti	2	N. Interventi per K colon (centro Spoke - DGR 1103/2020)	>30			
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatezza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Cod. H05Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione della degenza post-operatoria	2	H05Z - Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	≥ 70%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
* IL PERSONALE AFFERENTE ALLA UOC EFFETTUERA' INTERVENTI CON ROBOT DA VINCI PRESSO IL PO DI LECCE NELL'AMBITO DELLA COMPLESSIVA ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE			100					

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.075 CON PESO DRG MEDIO ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 500	
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigorous rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z _D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (Cod. H05Z _D.M. 12/03/2019)	Riduzione della degenza post-operatoria	5	H05Z - Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	≥ 70%				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CV5 con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio GRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.250 CON PESO MEDIO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 2.100	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Garantire il pieno utilizzo delle risorse disponibili, anche in riferimento ad apparecchi ed attrezzature	Garantire il pieno utilizzo del robot Da Vinci per la branca specifica	3	% prostatectomie computer-assistite (indicatore C36.1 MES)	Miglioramento rispetto all'anno precedente		GARANTIRE LA FORMAZIONE FINO A 4 PRIMI OPERATORI PER LA CHIRURGIA MAGGIORE EO ANCHE PER IL ROBOT DA VINCI, NELL'AMBITO DELLA DISPONIBILITA' GARANTITA DALLA DITTA PRODUTTRICE	
	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi previsti dai PDTA per tipologia di tumore	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	Rispetto del rapporto tra volumi di attività ed esiti delle cure, in linea con quanto previsto dagli standard di riferimento, in particolare DM 70/2015 e DGR 1103/2020	Garantire l'organizzazione della rete chirurgica in modo da assicurare i volumi previsti per raggiungere la classificazione prevista per il presidio di afferenza	3	N. interventi per K prostata (centro HUB - DGR 1103/2020)	>80			
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H042 _D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		

Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella OGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

*ASSICURARE LA PARTECIPAZIONE DEGLI UROLOGI DI CASARANO AGLI INTERVENTI DI LORO AFFERENZA

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] [DGR 1487/2019][DGR 78/2023][DGR 262/2023]	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.200; PESO MEDIO DRG: ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 4.500	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	% interventi prostatectomia transuretrale (esclusi tumori maligni in diagnosi principale)	Garantire la qualità del processo e migliori esiti chirurgici	3	% interventi prostatectomia transuretrale (MES C5.3)	100%	≥ 90% < 100%		
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			

Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano	Rispetto delle misure assegnate alla	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

*10% NEFRECTOMIA E PROSTATECTOMIE OPERATE CON ROBOT DA VINCI C/O LECCE SARANNO ESEGUITE DAL DR CANTELMO ED UN SUO AIUTO.

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.100 CON PESO DRG MEDIO: ≥ 1,9	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	4	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI:	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO		SI				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	4	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	4	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	4	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	4	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		

Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piani interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 850 CON PESO MEDIO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	4	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali (compresi i day service) in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 7.500	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ D,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Qualitativo SI / NO	Garantire la collaborazione con la UOSD di Odontostomatologia per le attività di odontoiatria sociale in favore dei soggetti con disabilità, assicurando, ove necessario, il ricovero dei pazienti	3	Qualitativo SI / NO				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Miglioramento dell'integrazione ospedale - territorio	Redazione progetti	Predisporre e attuare progetti relativi all'integrazione ospedale - territorio	3	n. progetti approvati	2			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			

Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% <95%	
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Per la Direzione Generale
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 700 CON PESO DRG MEDIO ≥1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	4	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali (compresi i day service) in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	DAY SERVICE: 2.100. N PRESTAZIONI: 4.300	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	4	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	4	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			

Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3 3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95% ≥ 95%	> 80% <95% > 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAN
Milamus

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 400; N. DAY SERVICE: 700		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	14	Qualitativo SI / NO	SI				
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	14	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
			14	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	5	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
	N. prestazioni di odontoiatria sociale	Garantire le attività di odontoiatria sociale in favore dei soggetti con disabilità, collaborando, per la gestione degli eventuali ricoveri, con Otorinolaringoiatria	6	N. prestazioni di odontoiatria sociale	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
	Garantire la prevenzione, l'educazione sanitaria nonché la cura odontoiatrica dei pazienti disabili o con fragilità sociale	Assicurare la redazione di un progetto specifico sulla odontoiatria sociale di prossimità, in favore dei soggetti disabili o con fragilità sociali, anche in termini di prevenzione ed educazione sanitaria	3	n. progetti presentati	1				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICI FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT			
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale-personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI				

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Per la Direzione Generale
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

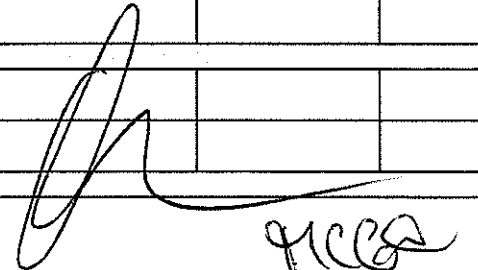
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Garantire il governo dell'offerta dei day service di cataratta sia nel contesto ospedaliero sia nel contesto territoriale	10	Volume prestazioni di day service cataratta sia nel contesto ospedaliero sia nel contesto territoriale	Miglioramento rispetto all'anno precedente			N. DAY SERVICE: 6.000
		Garantire il coordinamento dell'offerta delle prestazioni di oculistica, anche all'interno di PDTA o percorsi standardizzati per le cronicità, attraverso il governo delle agende nell'ottica dell'appropriatezza e dell'omogeneità di offerta, in collaborazione con il Responsabile di Branca e il Coordinatore dell'Assistenza Distrettuale	4	Qualitativo SI / NO	SI			DA CORRELARE ALLA NEGOZIAZIONE DI BUDGET DEI DSS SOCIOSANITARI
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	6	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			6	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								



Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019](DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali (compresi i day service) in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. DAY SERVICE: 230	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	5	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 3.500	
			5	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	4	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	4	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								

Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

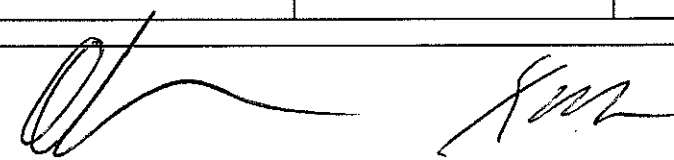
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali (compresi i day service) in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	9	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	N. DAY SERVICE: 50 E N. PRESTAZIONI: N. 2.100	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	5	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			5	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	4	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	3	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	4	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Miglioramento qualità di processo	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Rigoroso rispetto del Regolamento del Blocco Operatorio come deliberato nell'anno corrente per la parte di competenza	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								



Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
*ATTIVAZIONE DEI POSTI LETTO DELLA UOSD			100					
*GARANTIRE LA FORMAZIONE DI PERSONALE COME PRIMO OPERATORE								

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero, in relazione alla programmazione operatoria, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Oltre all'attività già in essere, si assicura l'attivazione di almeno 16 sedute operatorie mensili istituzionali in attività ordinaria (senza ricorso all'attività aggiuntiva) - media 4 settimanali in più. Garantisce contestualmente la continuità delle sedute attuali implementate come sopra	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	4	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, nonché alle attività della terapia iperbarica, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa, anche in relazione alle attività della terapia iperbarica	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 6.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Attuativo Aziendale Recupero e Governo Liste di attesa nella sezione "Obiettivi, programmazione degli interventi e modalità operative"	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	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)	Dare priorità agli interventi per Fratture collo del femore da operare entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%			
	Ottimizzazione utilizzo risorse	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023 con ottimizzazione della risorsa tempo	6	Qualitativo SI / NO	SI			
	Garantire la capacità organizzativa per assicurare il processo di donazione di organi e tessuti	Garantire la capacità organizzativa per assicurare l'esecuzione del processo di trapianto di organi e tessuti	4	N. donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione (Cod. H09Z_D.M. 12/03/2019)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Rete terapia del dolore, ADIAI (Assistenza Domiciliare integrata ad alta intensità di cura) e cure palliative	Attivazione rete del dolore, ADIAI e cure palliative in integrazione ospedale territorio, in collaborazione con le Strutture di riferimento	4	Attivazione delle cure nei tempi standard	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Garanzia dei LEA	Attivazione dei p.i. previsti dal R.R. 14/2020	4	Attivazione di tutti gli 8 p.i. del R.R. 14/2020	100%			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Interazione con i Presidi Spoke e il territorio per la gestione nel ruolo di Struttura HUB delle patologie tempo-dipendenti (ictus, IMA-SCA, politrauma, pediatrico)	3	Gestione entro i termini standard stabiliti per ognuna delle patologie (es. 4 ore ICTUS, etc)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
		Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente		8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale			
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale			

Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.D.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

Dott. Antonio BRAY
Il Direttore Sanitario
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di programmazione operatoria, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa, in collaborazione con le UU.OO.chirurgiche e di ricovero	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Oltre all'attività già in essere, si assicura l'attivazione di almeno 16 sedute operatorie mensili istituzionali in attività ordinaria (senza ricorso all'attività aggiuntiva) - media 4 settimanali in più. Garantisce contestualmente la continuità delle sedute attuali implementate come sopra	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	8	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Commissione per il governo delle liste di attesa	8	Qualitativo SI / NO	SI			
		Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Attuativo Aziendale Recupero e Governo Liste di attesa nella sezione "obiettivi, programmazione degli interventi e modalità operative"	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario. (Cod. H13C _D.M. 12/03/2019)	Dare priorità agli interventi per Fratture collo del femore da operare entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%			
	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)	Sviluppo delle attività breast unit	4	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	>150 (10% tolleranza)			
	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023	Responsabile aziendale per l'attuazione del Regolamento del Blocco Operatorio	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	7	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CV5	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDDITO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale			
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / ND	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero, in relazione alla programmazione operatoria, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	7	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Miglioramento rispetto all'anno 2022	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	6	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, nonché alle attività della terapia iperbarica, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa, anche in relazione alle attività della terapia iperbarica	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 3.700 (INCLUDE TP IPERBARICA)	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI			
		Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Attuativo Aziendale Recupero e Governo Liste di attesa nella sezione "Obiettivi, programmazione degli interventi e modalità operative"	6	Qualitativo SI / NO	SI		Raddoppiamento delle sedute operatorie programmate almeno 2 giorni/settimana. (6+2 elezione; 7 urgenze/settimana)	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	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)	Dare priorità agli interventi per Fratture collo del femore da operare entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%			
	Ottimizzazione utilizzo risorse	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023 con ottimizzazione della risorsa tempo	6	Qualitativo SI / NO	SI			
	Garantire la capacità organizzativa per assicurare il processo di donazione di organi e tessuti	Garantire la capacità organizzativa per assicurare l'esecuzione del processo di trapianto di organi e tessuti	4	N. donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione (Cod. H09Z_D.M. 12/03/2019)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
4			N. donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, N. di donatori di tessuto per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale (Cod. H11Z_D.M. 12/03/2019)	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Garanzia dei LEA	Attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	4	Attivazione di tutti gli 8 p.l. del R.R. 14/2020	100%		produzione report giornaliero dei ricoverati in Rianimazione al Coordinatore	
		Progetto pilota per partoanalgesia in collaborazione con UOC Ginecologia e Ostetricia	3	Attivazione di un progetto di partoanalgesia	100%			
		Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	4	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente		
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.l. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Qualitativo SI / NO	Attivazione del sistema informativo gestione blocco operatorio	2	Qualitativo SI / NO				



Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale		
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

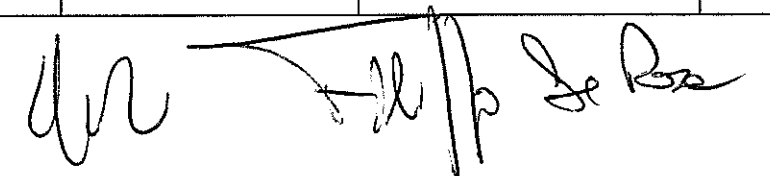
Polli

Il Direttore di Unità Operativa

[Signature]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero, in relazione alla programmazione operatoria, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	7	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Miglioramento rispetto all'anno 2022		
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	6	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa, anche in relazione alle attività della terapia iperbarica	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 3.700		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI				
		Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Attuativo Aziendale Recupero e Governo Liste di attesa nella sezione "Obiettivi, programmazione degli interventi e modalità operative"	6	Qualitativo SI / NO	SI			Raddoppiamento delle sedute operatorie programmate almeno 2 giorni/settimana. (6+2 elezione; 7 urgenze/settimana)	
						Garantire almeno 4 turni pomeridiani per piccola chirurgia in day service (es. cataratte)			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Miglioramento qualità di processo	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)	Dare priorità agli interventi per Fratture collo del femore da operare entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%				
	Ottimizzazione utilizzo risorse	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023 con ottimizzazione della risorsa tempo	6	Qualitativo SI / NO	SI				
	Garantire la capacità organizzativa per assicurare il processo di donazione di organi e tessuti	Garantire la capacità organizzativa per assicurare l'esecuzione del processo di trapianto di organi e tessuti	N. donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione (Cod. H09Z D.M. 12/03/2019)	4	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
			N. donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, N. di donatori di tessuto per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale (Cod. H11Z D.M. 12/03/2019)	4	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Garanzia dei LEA	Attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	4	Attivazione di tutti gli 8 p.l. del R.R. 14/2020	100%		produzione report giornaliero dei ricoverati in Rianimazione al Coordinatore		
		Progetto pilota per partoanalgesia in collaborazione con UOC Ginecologia e Ostetricia	3	Attivazione di un progetto di partoanalgesia	100%				
		Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	4	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM /			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Qualitativo SI / NO	Attivazione del sistema informativo gestione blocco operatorio	2	Qualitativo SI / NO					
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale				



anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero, in relazione alla programmazione operatoria, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Miglioramento rispetto all'anno 2022		
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	6	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa, anche in relazione alle attività della terapia iperbarica	7	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 1200		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	10	Qualitativo SI / NO	SI				
		Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Attuativo Aziendale Recupero e Governo Liste di attesa nella sezione "Obiettivi, programmazione degli interventi e modalità operative"	8	Qualitativo SI / NO	SI		Implemento del 50% dell'attività di day service oculistico dei turni pomeridiani (lun-ven)		
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Miglioramento qualità di processo	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario. (Cod. H13C_D.M. 12/03/2019)	Dare priorità agli interventi per Fratture collo del femore da operare entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%				
	Ottimizzazione utilizzo risorse	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023 con ottimizzazione della risorsa tempo	6	Qualitativo SI / NO	SI				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Garanzia dei LEA	Attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	4	Attivazione di tutti p.l. del R.R. 14/2020	100%		produzione report giornaliero dei ricoverati in Rianimazione al Coordinatore		
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM /			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Qualitativo SI / NO	Attivazione del sistema informativo gestione blocco operatorio	2	Qualitativo SI / NO					
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale				
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale				
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI				
			100						

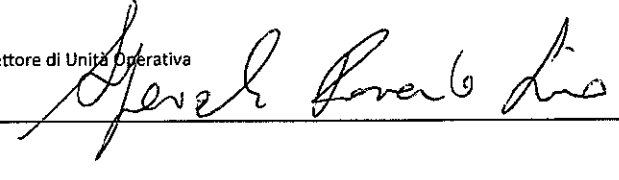
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCO
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCO
 DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko YERGANOV

Il Direttore Dipartimento



Il Direttore di Unità Operativa




OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero, in relazione alla programmazione operatoria, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Miglioramento rispetto all'anno 2022	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	6	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa, anche in relazione alle attività della terapia iperbarica	7	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI:300	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	10	Qualitativo SI / NO	SI			
		Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Attuativo Aziendale Recupero e Governo Liste di attesa nella sezione "Obiettivi, programmazione degli interventi e modalità operative"	8	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità di processo	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario. (Cod. H13C _D.M. 12/03/2019)	Dare priorità agli interventi per Fratture collo del femore da operare entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%			
	Ottimizzazione utilizzo risorse	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023 con ottimizzazione della risorsa tempo	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Garanzia dei LEA	Progetto pilota per partoanalgesia in collaborazione con UOC Ginecologia e Ostetricia	4	Attivazione di un progetto di partoanalgesia	100%		produzione report giornaliero dei ricoverati in Rianimazione al Coordinatore	
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche	Qualitativo SI / NO	Attivazione del sistema informativo gestione blocco	2	Qualitativo SI / NO				
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della	2	Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano 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)	Rispetto delle misure assegnate alla			
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2					
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
ZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

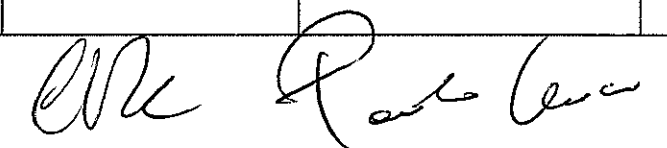
DIRETTORE GENERALE
 Per la Direzione Operativa
Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa


OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero, in relazione alla programmazione operatoria, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	8	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Miglioramento rispetto all'anno 2022		
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	6	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa, anche in relazione alle attività della terapia iperbarica	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 1.200		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI				
		Raggiungimento degli obiettivi previsti dal Piano Attuativo Aziendale Recupero e Governo Liste di attesa nella sezione "Obiettivi, programmazione degli interventi e modalità operative"	8	Qualitativo SI / NO	SI			FERME RESTANDO LA IMMEDIATA GESTIONE DELLE URGENZE, Raddoppiamento delle sedute operatorie programmate almeno 2 giorni/settimana. (6+2 elezione; 7 elezione comprese urgenze/settimana)	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Miglioramento qualità di processo	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario. (Cod. H13C D.M. 12/03/2019)	Dare priorità agli interventi per Fratture collo del femore da operare entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%				
	Ottimizzazione utilizzo risorse	Ottimizzazione della risorsa blocco operatorio con applicazione delle previsioni della DGR 45/2023 con ottimizzazione della risorsa tempo	6	Qualitativo SI / NO	SI				
	Garantire la capacità organizzativa per assicurare il processo di donazione di organi e tessuti	Garantire la capacità organizzativa per assicurare l'esecuzione del processo di trapianto di organi e tessuti	4	N. donatori di organi in morte encefalica, accertamenti di morte con criteri neurologici, morti encefalici in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in rianimazione (Cod. H09Z D.M. 12/03/2019)	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
			4	N. donatori di tessuti per singola tipologia di tessuto in rapporto al numero di accertamenti di morte con segni cardiaci o neurologici, N. di donatori di tessuto per tipologia di tessuto in rapporto al numero di decessi in ospedale (Cod. H11Z D.M. 12/03/2019)	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Garanzia dei LEA	Attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	4	Attivazione di tutti gli 8 p.l. del R.R. 14/2020	100%		produzione report giornaliero dei ricoverati in Rianimazione al Coordinatore		
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	8	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche	Qualitativo SI / NO	Attivazione del sistema informativo gestione blocco	2	Qualitativo SI / NO					
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/201D	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale				
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale				



Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BAK

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (D09Z)	Riduzione intervallo di tempo di arrivo dei mezzi di soccorso dal momento della chiamata	17	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (Cod. D09Z D.M. 12/03/2019)	18' - 23'			
	Indice di concordanza	Miglioramento indici di concordanza	17	Indice di concordanza cod. rossi	65% - 75%			
	Tempo di dispatch	Contenimento tempi dispatch	17	Tempo di dispatch	2',00 - 3',00			
	Tempo invio - arrivo mezzi di soccorso	Riduzione tempi invio - arrivo mezzi di soccorso	17	Tempo invio - arrivo mezzi di soccorso	17' - 22'			
	Utilizzo tablet multifunzione	Miglioramento qualità di processo	5	Utilizzo tablet multifunzione	80% - 99%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	6	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione rispetto all'anno precedente		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	6	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del dossier formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAT

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	a) Miglioramento indici di appropriatezza b) Filtro dei ricoveri	14	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	≤ 160 x mille abitanti			
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Miglioramento percorso assistenziale	16	% abbandoni	< 4%	< 10%		
	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Riduzione tempi di attesa per visita pronto soccorso per accessi con codice giallo	13	% accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Miglioramento Performance anno precedente			
	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Riduzione tasso inapproprietezza	13	% ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Miglioramento Performance anno precedente			
	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	Riduzione tasso inapproprietezza	4	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	100%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Qualitativo SI / NO	Adesione al Piano Emergenza Estate 2023	4	Qualitativo SI / NO	SI			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O. con particolare riferimento a triage e gestione delle attività di emergenza sul paziente	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	a) Miglioramento indici di appropriatezza b) Filtro dei ricoveri	18	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	≤ 160 x mille abitanti			
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Miglioramento percorso assistenziale	16	% abbandoni	< 4%	< 15%		
	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Riduzione tempi di attesa per visita pronto soccorso per accessi con codice giallo	13	% accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Miglioramento Performance anno precedente			
	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Riduzione tasso inapproprietezza	13	% ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Miglioramento Performance anno precedente			
	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	Riduzione tasso inapproprietezza	4	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	100%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O. con particolare riferimento a triage e gestione delle attività di emergenza sul paziente	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRATTI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	a) Miglioramento indici di appropriatezza b) Filtro dei ricoveri	14	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	≤ 160 x mille abitanti			
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Miglioramento percorso assistenziale	16	% abbandoni	< 4%	< 10%		
	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Riduzione tempi di attesa per visita pronto soccorso per accessi con codice giallo	13	% accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Miglioramento Performance anno precedente			
	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Riduzione tasso inapproprietezza	13	% ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Miglioramento Performance anno precedente			
	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	Riduzione tasso inapproprietezza	4	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	100%			
	Qualitativo SI / NO	Adesione al Piano Emergenza Estate 2023	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O. con particolare riferimento a triage e gestione delle attività di emergenza sul paziente	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	a) Miglioramento indici di appropriatezza b) Filtro dei ricoveri	14	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	≤ 160 x mille abitanti			
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Miglioramento percorso assistenziale	16	% abbandoni	< 4%	< 10%		
	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Riduzione tempi di attesa per visita pronto soccorso per accessi con codice giallo	13	% accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Miglioramento Performance anno precedente			
	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Riduzione tasso inapproprietezza	13	% ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Miglioramento Performance anno precedente			
	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	Riduzione tasso inapproprietezza	4	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	100%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Qualitativo SI / NO	Adesione al Piano Emergenza Estate 2023	4	Qualitativo SI / NO	SI			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O. con particolare riferimento a triage e gestione delle attività di emergenza sul paziente	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H012_D.M. 12/03/2019)	a) Miglioramento indici di appropriatezza b) Filtro dei ricoveri	14	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H012_D.M. 12/03/2019)	≤ 160 x mille abitanti			
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Miglioramento percorso assistenziale	16	% abbandoni	< 4%	< 10%		
	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Riduzione tempi di attesa per visita pronto soccorso per accessi con codice giallo	13	% accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Miglioramento Performance anno precedente			
	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Riduzione tasso inappropriato	13	% ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Miglioramento Performance anno precedente			
	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	Riduzione tasso inappropriato	4	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	100%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Qualitativo SI / NO	Adesione al Piano Emergenza Estate 2023	4	Qualitativo SI / NO	SI			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O. con particolare riferimento a triage e gestione delle attività di emergenza sul paziente	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	a) Miglioramento indici di appropriatezza b) Filtro dei ricoveri	14	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	≤ 160 x mille abitanti			
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)	Miglioramento percorso assistenziale	16	% abbandoni	< 4%	< 10%		
	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Riduzione tempi di attesa per visita pronto soccorso per accessi con codice giallo	13	% accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)	Miglioramento Performance anno precedente			
	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Riduzione tasso inapproprietezza	13	% ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)	Miglioramento Performance anno precedente			
	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	Riduzione tasso inapproprietezza	4	Numero di interventi per le patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie <i>First Hour Quintet</i> (FHQ) per anno	100%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Qualitativo SI / NO	Adesione al Piano Emergenza Estate 2023	4	Qualitativo SI / NO	SI			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10 %		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo	5	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10 %		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O. con particolare riferimento a triage e gestione delle attività di emergenza sul paziente	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRACCA

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

Mane riunione 20 agosto 23

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 3.700	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Verifica e definizione delle liste di attesa di ricovero su Edotto	3	Ripulire la lista dal 100% delle prestazioni non esigibili	100%			
	Attuazione percorso nascita aziendale sulla base delle disposizioni regionali specifiche in materia e nell'ambito del governo liste di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	3	100%	≥ 80% < 100%	DAY SERVICE: 500; PRESTAZIONI: 13.500. ATTIVAZIONE DI UNA ULTERIORE LISTA DAL 2 MAGGIO 2023 PER TRANSLUCENZA NUCLEARE PER ESIGENZE DEL TERRITORIO	
			Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	3	100%	≥ 90% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	3	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	Qualitativo SI / NO	SI					
Attuazione percorso nascita aziendale sulla base delle disposizioni regionali specifiche in materia e nell'ambito del governo liste di attesa	4	N. prestazioni erogate a donne in gravidanza mediante agende dedicate nella tempistica prevista	Incremento su anno precedente					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza.	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C - D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Percentuale parti cesarei primari in strutture di I livello o comunque con 1.000 e oltre parti/anno	a) Riduzione parti cesarei; b) Attuazione interventi Percorso Nascita aziendale	3	Frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza	≤ 25%			
	Garantire le indicazioni della DGR 244 del 6 marzo 2023	a) monitoraggio dei parti cesarei secondo la classificazione di Robson; b) implementazione delle azioni di miglioramento previste e adottate con la Delibera	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Attuazione del protocollo operativo STAM, di cui, in ultimo, alla DGR 1726/2019	Partecipazione alla rete STAM sulla base della classificazione del punto nascita	3	n. di trasporti STAM effettuati/n. di trasporti necessari	100%			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			

Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% Piani terapeutici informatizzati	100%		
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%	
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DI 16 P.L. NEONATOLOGIA E 10 P.L. DI UTIN ENTRO IL 31.12.23. N. RICOVERI NIDO/NEONATOLOGIA > 2.000.	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg - Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg - Priorità D < 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBOP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBOP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 2.000. IMPLEMENTAZIONE AMBULATORIO ECOCARDIODOPPLER PRENATALE E PEDIATRICO DI II LIVELLO	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Attuazione del protocollo operativo STEN, di cui, in ultimo, alla DGR 1726/2019	Partecipazione alla rete STEN sulla base della classificazione del punto nascita	4	n. di trasporti STEN effettuati/n. di trasporti necessari	100%			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		RIGOROSA REGISTRAZIONE DI TUTTI I DATI, IVI INCLUSE LE CONSULENZE PER INTERNI, SU EDOTTO CON OBIETTIVO DEL 100%	
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto delle previsioni del DPCM 12/01/2017 in materia di LEA con particolare riferimento alle tecniche di procreazione medicalmente assistita	Garanzia dei LEA e attuazione della Legge n. 40/2004 "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" con puntuale organizzazione del servizio	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PROCEDURE AVVIATE: 400	
		Rispetto dei tempi per le prime visite e successiva presa in carico delle coppie	4	Tempo medio di attesa per prima visita	< 10 giorni		N. PRESTAZ. PER PAZ. ESTERNI: 3500	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Garantire il puntuale monitoraggio delle attività	Garantire il puntuale monitoraggio delle attività attraverso la redazione di report in riferimento alle tecniche di I e II livello	4	n. report	≥ 3			
	Garantire il miglioramento degli esiti del Centro	Garantire gli esiti di procreazione sul target Garantire gli esiti di fecondazione sul target	5 5	Gravidanza su procedure avviate su pazienti < 46 anni Fecondazioni su procedure avviate su pazienti < 46 anni	> 35% > 65%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Garantire le attività della Breast Unit	Garantire il percorso di counselling fertilità come approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 143 del 19 aprile 2023	3	n. di donne con K mammario prese in carico	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità e accreditamento delle strutture e dei percorsi	Garantire il percorso della coppia secondo i principi di appropriatezza e qualità	Approvare procedure di qualità in riferimento alle attività del Centro in collaborazione con le Strutture aziendali di riferimento (Uff. Qualità e Accreditamento, Rischio Clinico, etc)	4	n. procedure approvate e deliberate	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Attivazione del PMA di II livello	Garantire il supporto specifico per l'attivazione del II livello in collaborazione con le Strutture di riferimento (Direzione Strategica, Direzione Medica, Uff. qualità e accreditamento, etc)	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			

equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.400	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. DAY SERVICE: 400 (ATTIVAZIONE AGENDA PAC03 - SCREENING GRAVIDANZA I TRIMESTRE); N. PRESTAZIONI: 3.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI				
Attuazione percorso nascita aziendale sulla base delle disposizioni regionali specifiche in materia e nell'ambito del governo liste di attesa	Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sul percorso nascita, attraverso una proficua collaborazione con i consulenti, anche mediante l'utilizzo delle agende dedicate	5	N. prestazioni erogate a donne in gravidanza mediante agende dedicate nella tempistica prevista	Incremento su anno precedente				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Percentuale parti cesarei primari in maternità in strutture di II livello o comunque con meno di 1.000 parti/anno	a) Riduzione parti cesarei; b) Attuazione interventi Percorso Nascita aziendale	4	Frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza	≤ 15%			
	Garantire le indicazioni della DGR 244 del 6 marzo 2023	a) monitoraggio dei parti cesarei secondo la classificazione di Robson; b) implementazione delle azioni di miglioramento previste e adottate con la Delibera	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Attuazione del protocollo operativo STAM, di cui, in ultimo, alla DGR 1726/2019	Partecipazione alla rete STAM sulla base della classificazione del punto nascita	3	n. di trasporti STAM effettuati/n. di trasporti necessari	100%			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			

Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi							
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
				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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

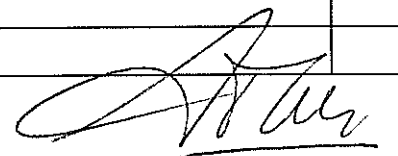
Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

[Handwritten signature]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.250	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	GARANTIRE LA FORMAZIONE DEL PERSONALE PER L'ACCREDITAMENTO NECESSARIO PER PACC GRAVIDANZA. INCREMENTO PRESTAZIONI DEL 25% PER TRANSLUCENZA NUCALE PER ESIGENZE DEL TERRITORIO. N. PRESTAZIONI: 5.000	
			3	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Attuazione percorso nascita aziendale sulla base delle disposizioni regionali specifiche in materia e nell'ambito del governo liste di attesa	4	Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sul percorso nascita, attraverso una proficua collaborazione con i consultori, anche mediante l'utilizzo delle agende dedicate	4	N. prestazioni erogate a donne in gravidanza mediante agende dedicate nella tempistica prevista	Incremento su anno precedente			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inapproprietezza.	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Percentuale parti cesarei primari in maternità in strutture di II livello o comunque con meno di 1.000 parti/anno	a) Riduzione parti cesarei; b) Attuazione interventi Percorso Nascita aziendale	3	Frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza	≤ 15%			
	Garantire le indicazioni della DGR 244 del 6 marzo 2023	a) monitoraggio dei parti cesarei secondo la classificazione di Robson; b) implementazione delle azioni di miglioramento previste e adottate con la Delibera	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Attuazione del protocollo operativo STAM, di cui, in ultimo, alla DGR 1726/2019	Partecipazione alla rete STAM sulla base della classificazione del punto nascita	3	n. di trasporti STAM effettuati/n. di trasporti necessari	100%			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% Piani terapeutici informatizzati	100%			



Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%	
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRUNO

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.350	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 5.300. ATTIVAZIONE DI UNA ULTERIORE LISTA DAL 2 MAGGIO 2023 PER TRANSLUCENZA NUCALE PER ESIGENZE DEL TERRITORIO	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Attuazione percorso nascita aziendale sulla base delle disposizioni regionali specifiche in materia e nell'ambito del governo liste di attesa	Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sul percorso nascita, attraverso una proficua collaborazione con i consulenti, anche mediante l'utilizzo delle agende dedicate	3	N. prestazioni erogate a donne in gravidanza mediante agende dedicate nella tempistica prevista	Incremento su anno precedente				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza.	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Percentuale parti cesarei primari in maternità in strutture di II livello o comunque con meno di 1.000 parti/anno	a) Riduzione parti cesarei; b) Attuazione interventi Percorso Nascita aziendale	4	Frequenza di ricorso al parto cesareo tra le donne che non hanno mai effettuato un taglio cesareo in precedenza	≤ 15%			
	Garantire le indicazioni della DGR 244 del 6 marzo 2023	a) monitoraggio dei parti cesarei secondo la classificazione di Robson; b) implementazione delle azioni di miglioramento previste e adottate con la Delibera	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Progetto Pilota Partoanalgesia	Presentazione di un progetto sulla partoanalgesia	4	Qualitativo SI / NO	presentazione progetto entro il 15 maggio e attivazione al 1 giugno della partoanalgesia almeno per il 10% delle primigravide				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Attuazione del protocollo operativo STAM, di cui, in ultimo, alla DGR 1726/2019	Partecipazione alla rete STAM sulla base della classificazione del punto nascita	3	n. di trasporti STAM effettuati/n. di trasporti necessari	100%			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			

Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% Piani terapeutici informatizzati	100%		
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi Informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

STRUTTURA: U.O.S.V.D. GINECOLOGIA TERRITORIALE Dott. Giuseppe Spirto			SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle Liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	21.000 prestazioni per tutti i punti erogatori della rete della Ginecologia territoriale compatibilmente con gli accorpamenti e con il completamento orario		
			8	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%	incremento di almeno il 20% delle colposcopie effettuate nell'ambito della rete afferente all'UOSD Ginecologia Territoriale		
			8	Attivazione colposcopio presso il DSS di Lecce compatibilmente con la fornitura e il collaudo nei termini		attivazione entro il 31.12.2023			
			15	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)		Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)		Omogeneizzazione delle agende e delle tempistiche per le prestazioni contemplate nel PNGLA e per le prestazioni di screening in allineamento alle tempistiche di riferimento delle Società Scientifiche, senza distinzione tra medici convenzionati e strutturali	100% delle agende		
			3			Partecipazione alla ottimizzazione per la equa distribuzione delle assegnazioni sulla base degli effettivi bisogni	n. assegnazioni trattate sul totale delle assegnazioni	100%	
			6			% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%		
			6	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa		Qualitativo SI / NO	SI		
			6	Attuazione percorso nascita aziendale sulla base delle disposizioni regionali specifiche in materia e nell'ambito del governo liste di attesa		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sul percorso nascita anche mediante l'utilizzo delle agende dedicate	N. prestazioni erogate a donne in gravidanza mediante agende dedicate nella tempistica prevista	Incremento su anno precedente	
			6	Implementazione degli screening di I e II trimestre con particolare riferimento al gruppo di competenza di Trasparenza Nucleare		N. agende dedicate agli screening di I e II trimestre	Incremento su anno precedente		
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	6	Qualitativo SI / NO	SI				
Attività di coordinamento e monitoraggio	Coordinamento delle attività di ginecologia territoriale e monitoraggio delle performance	Monitoraggio trimestrale della produttività e delle performance dei diversi dirigenti della rete della Ginecologia Territoriale	6	n. report	almeno 4 (trimestrali)				
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	5	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT			
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI				
			100						

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

Giuseppe Spirto

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019], (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.000	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 10.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	4	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
		% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	4	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
		Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	4	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
		Degenza media ricoveri ordinari	4	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	≤ 7	> 7 < 10		
		Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	4	a) Miglioramento indici di appropriatezza in età pediatrica b) Filtro dei ricoveri	4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 141	La valutazione verrà effettuata su base aziendale
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CV5 con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								

SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		RIGOROSA REGISTRAZIONE DI TUTTI I DATI, IVI INCLUSE LE CONSULENZE PER INTERNI, SU EDOTTO CON OBIETTIVO DEL 100%
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(OGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 850 - INCREMENTO DI 2 SEDUTE OPERATORIE/MESE OLTRE ALLE 2 SEDUTE/SETTIMANALI GIA' IN CORSO IN ACCORDO CON DIP ANESTESIA	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. DAY SERVICE: N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 1.600 (+3.000 CONSULENZE INTERNE)	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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. HO4Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	a) Miglioramento indici di appropriatezza in età pediatrica b) Filtro dei ricoveri	3	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 141	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
	Riduzione ricoveri ripetuti per patologie specifiche	Miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure	3	Riammissione a 30 gg dopo intervento di appendicectomia laparotomica in età pediatrica (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Riduzione ricoveri ripetuti per patologie specifiche	Miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure	3	Riammissione a 30 gg dopo intervento di appendicectomia laparoscopica in età pediatrica (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	Riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								

SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		RIGOROSA REGISTRAZIONE DI TUTTI I DATI, IVI INCLUSE LE CONSULENZE PER INTERNI, SU EDOTTO CON OBIETTIVO DEL 100%
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 200 CON PESO MEDIO DRG 1,2 + N. DH: 420		
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI N: 700 + N. DAY SERVICE: 700		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	4	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24			
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	4	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%				
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	4	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%			
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10			
	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	a) Miglioramento indici di appropriatezza in età pediatrica b) Filtro dei ricoveri	4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 141	La valutazione verrà effettuata su base aziendale			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente				
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente				
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%				
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%				
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema Informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%			
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI				

Stefano

Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI (INCLUSI DAY SERVICE): 3.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	4	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			4	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	5	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare l'appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	4	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	4	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	4	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	4	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	4	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	4	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	4	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		4	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		RIGOROSA REGISTRAZIONE DI TUTTI I DATI, IVI INCLUSE LE CONSULENZE PER INTERNI, SU EDOTTO CON OBIETTIVO DEL 100% CON IL PROFILO DI PEDIATRIA	
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G D.Lgs. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano Interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

* IMPEGNO DI PUBBLICAZIONI ANNUALI E 9 STUDI CLINICI

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE

Avv. Stefano ROSSI
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019], [DGR 1487/2019][DGR 78/2023][DGR 262/2023]	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVARE 16 P.L. COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE. N. RICOVERI: 850. RICOVERI AL NIDO > 500. GARANTIRE LA FORMAZIONE NEONATOLOGICA DI ALMENO 3 PEDIATRI PER LA SICUREZZA E QUALITA' DEL PUNTO NASCITA ENTRO IL 31.12.23	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	APERTURA DI ALMENO 2 AMBULATORI SETTIMANALI LA CUI SPECIALIZZAZIONE SARA' INDIRIZZATA SULLA BASE DELLA DOMANDA ESPRESSA NELL'AMBITO DEL DIPARTIMENTO. ALMENO UN AMBULATORIO DEV'ESSERE DEDICATO ALLA ENDOCRINOLOGIA/DIABETOLOGIA A GALLIPOLI. ATTIVAZIONE DI UN AMBULATORIO DI ECOGRAFIA PEDIATRICA. N. PRESTAZIONI COMPLESSIVE: 2.500 (CASARANO E GALLIPOLI)	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	4	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	4	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	4	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per Interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	a) Miglioramento indici di appropriatezza in età pediatrica b) Filtro dei ricoveri	4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 141	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								

SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

*RIPRISTINO DEI 26 INFERMIERI ASSEGNATI

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVARE 16 P.L. COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE. N. RICOVERI: 800. RICOVERI AL NIDO >500. GARANTIRE LA FORMAZIONE BIDIREZIONALE NEONATOLOGICA DI ALMENO 3 PEDIATRI PER LA SICUREZZA E QUALITA' DEL PUNTO NASCITA ENTRO IL 31.12.23	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 3.000. N. DAY SERVICE: 300	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	4	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	4	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C, D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	4	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	a) Miglioramento indici di appropriatezza in età pediatrica b) Filtro dei ricoveri	4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 141	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			

Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		RIGOROSA REGISTRAZIONE DI TUTTI I DATI, IVI INCLUSE LE CONSULENZE PER INTERNI, SU EDOTTO CON OBIETTIVO DEL 100%
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale
ZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	GARANTIRE LA FORMAZIONE NEONATOLOGICA DI ALMENO 3 PEDIATRI PER LA SICUREZZA E QUALITA' DEL PUNTO NASCITA ENTRO IL 31.12.23. N. RICOVERI: 1.000 PEDIATRIA. N. RICOVERI NIDO: 650	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità 8 ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	ATTIVAZIONE DI ALMENO UN TURNO MENSILE DI AMBULATORIO EEG VISTA LA DISPONIBILITA' DI UN TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA PRESSO LA UOC. N. PRESTAZIONI: 2.500	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario. (Cod. H042 D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inapproprietezza	4	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	4	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	4	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	a) Miglioramento indici di appropriatezza in età pediatrica b) Filtro dei ricoveri	4	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 141	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			

Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		RIGOROSA REGISTRAZIONE DI TUTTI I DATI, IVI INCLUSE LE CONSULENZE PER INTERNI, SU EDOTTO CON OBIETTIVO DEL 100%
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 2.100 CON PESO DRG MEDIO: ≥ 1,4	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 7.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario. (Cod. H13C_D.M. 12/03/2019)	Incremento % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%			
	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia e perone	Riduzione del tempo medio di attesa per intervento fratture tibia e perone (PNE)	4	Tempo medio di attesa intervento frattura tibia e perone	≤ 3 gg			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Sostenibilità e sicurezza delle cure	Valutazione costi benefici equipes itineranti	3	Relazione trimestrale				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione	INCREMENTO PROTESI FEMORALI STANDARD DEL 20% SUL TOTALE	
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			

Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

* ATTIVAZIONE ENTRO IL 9 MAGGIO PRESSO IL PO COPERTINO DI UN CENTRO DI RIFERIMENTO PER ALLUCE VALGO

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [UR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.100 CON PESO MEDIO DRG: ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 6.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%		N. DAY SERVICE: 250	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario. (Cod. H13C_D.M. 12/03/2019)	Incremento % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%			
	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia e perone	Riduzione del tempo medio di attesa per intervento fratture tibia e perone (PNE)	4	Tempo medio di attesa intervento frattura tibia e perone	≤ 3 gg			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione	INCREMENTO PROTESI FEMORALI STANDARD DEL 20% SUL TOTALE	
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			

Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale
ASL SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY
Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento

[Signature]

Il Direttore di Unità Operativa

[Signature]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

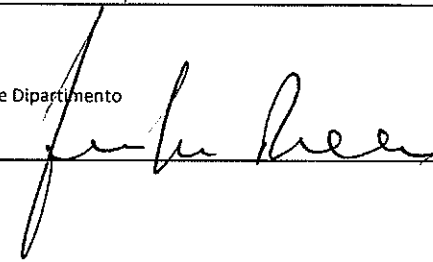
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.200 CON PESO MEDIO DRG: ≥ 1,45	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. DAY SERVICE: 330 N. PRESTAZIONI: 5.200	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	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)	Incremento % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%			
	Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia e perone	Riduzione del tempo medio di attesa per intervento fratture tibia e perone (PNE)	4	Tempo medio di attesa intervento frattura tibia e perone	≤ 3 gg			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione	INCREMENTO PROTESI FEMORALI STANDARD DEL 20% SUL TOTALE	
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			

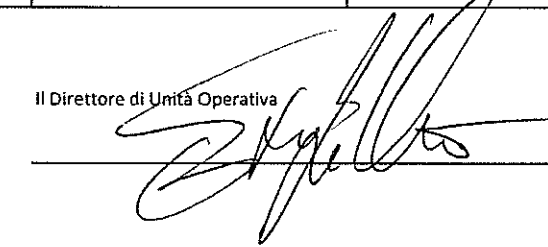
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi			≥95%	> 80% <95%			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
				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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

* ATTIVAZIONE DI UN PERCORSO CHE GARANTISCA L'ATTIVAZIONE DI CENTRI DI RIFERIMENTO PER ALLUCE VALGO (SCORRANO PER AREA SUD E COPERTINO PER AREA NORD)

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

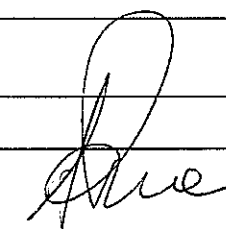
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento


Il Direttore di Unità Operativa


AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.000 CON PESO MEDIO DRG ≥ 1,3	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 6.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%		N. DAY SERVICE: 300	
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa			5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 1D		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	3	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	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)	Incremento % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	4	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%			
Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia e perone	Riduzione del tempo medio di attesa per intervento fratture tibia e perone (PNE)	4	Tempo medio di attesa intervento frattura tibia e perone	≤ 3 gg				
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione	INCREMENTO PROTESI FEMORALI STANDARD DEL 20% SUL TOTALE	
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			



Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

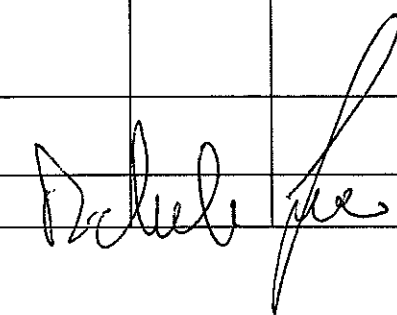
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.300 CON PESO MEDIO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 4.200 DAY SERVICE: 150	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera		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)	3	Riduzione tassi di inappropriatazza	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24	
		% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	2	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%	
		Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	3	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%	
		Degenza media ricoveri ordinari	3	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10	
		Degenza media preoperatoria	3	Riduzione della degenza media preoperatoria	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg	
		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)	4	Incremento % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione	% di pazienti di età 65+ con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	≥ 60%		
		Tempi di attesa per intervento chirurgico per frattura tibia e perone	4	Riduzione del tempo medio di attesa per intervento fratture tibia e perone (PNE)	Tempo medio di attesa intervento frattura tibia e perone	≤ 3 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione	INCREMENTO PROTESI FEMORALI STANDARD DEL 20% SUL TOTALE	
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			



Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi							
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

* ATTIVAZIONE ENTRO IL 9 MAGGIO PRESSO IL PO COPERTINO DI UN CENTRO DI RIFERIMENTO PER ALLUCE VALGO

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY
Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento

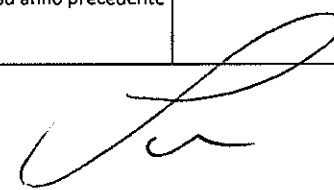
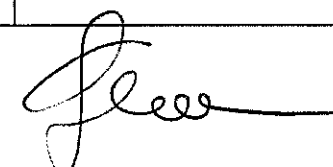
[Signature]

Il Direttore di Unità Operativa

[Signature]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ACCORPAMENTO DEI P.L. DI EMODINAMICA ALLA CARDIOLOGIA CON DISATTIVAZIONE EMODINAMICA SU EDOTTO. COMPLETAMENTO ATTIVAZIONE DEI 40 P.L. DI CARDIOLOGIA E 4 TP SUBINTENSIVA PER COMPLESSIVI 40+12 UTIC/SEMINTENSIVA. ATTIVARE PROCEDURE PER ASSEGNAZIONE UOSVD EMODINAMICA. N. RICOVERI COMPRESA UTIC: 2.500 CON PESO MEDIO DRG ≥1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A < 30 gg- Priorità B < 60 gg - Priorità C < 180 gg- Priorità D < 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 20.000 (EMODINAMICA E CARDIOLOGIA, ESPUNTA L'ELETTROFISIOLOGIA)	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Volume/esiti di ricoveri per PTCA (Indicatore PNE AGENAS DM70 volumi esiti)	Miglioramento dell'efficienza e della sicurezza delle cure nella branca di pertinenza	2	Numero di di ricoveri coninterventi in PTCA	> 200			
2			Proporzione di STEMI trattati entro 2 gg da ricovero	>70%				
3			Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dal primo contatto con SSN	>60%				
		3	Mortalità intraospedaliera di pazienti con episodio di STEMI	< 8%	8%-12%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			

Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente		
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%		
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%	
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
*TEMPORANEA ASSEGNAZIONE DI 30 GIORNI IN ALTRE UU.OO. DI 3 DIRIGENTI MEDICI.			100				

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	FINO A 4 PRIMI OPERATORI CHIRURGICI. NELLE MORE DELL'AFFERENZA DELLA CARDIOANESTESIA AL DIPARTIMENTO DI PERTINENZA, SI CONVIENE DI ATTIVARE 22 P.L. DI CARDIOCHIRURGIA E 8 P.L. DI RIANIMAZIONE CARDIOCHIRURGICA. ATTIVAZIONE DEI P.L. DI RIANIMAZIONE CARDIOVASCOLARE SU EDOTTO, CODICE 49, PREVIO ACCREDITAMENTO, ENTRO IL 1 SETTEMBRE PV. N. RICOVERI: 600	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A < 30 gg- Priorità B < 60 gg - Priorità C < 180 gg- Priorità D < 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 2.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	5	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Volume di ricoveri per BPAC (Indicatore PNE AGENAS DM70 volumi esiti)	Miglioramento dell'efficienza e della sicurezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. di ricoveri con interventi di BPAC	> 150			
			3	mortalità a 30 gg da intervento di BPAC	Miglioramento rispetto all'anno precedente (<1,7%)			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			

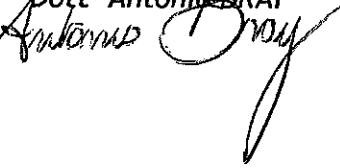
[Handwritten signatures and initials]

Equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione CIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

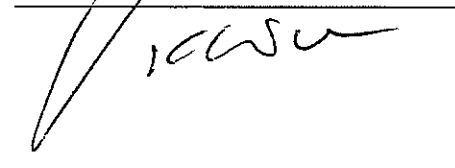
Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

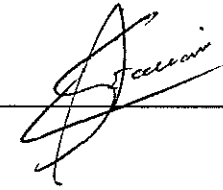
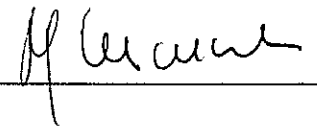
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY



Il Direttore Dipartimentale



Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	16	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	INTERAZIONE CHIRURGICA PER COMPETENZA NELLE SALE OPERATORIE TRAUMATOLOGICHE E CARDIOCHIRURGICHE ED IN GENERALE NEL BLOCCO OPERATORIO COME CONSULENTE DELLA BRANCA . INTERVENTI IN COLLABORAZIONE CON CARDIOCHIRURGIA PER AFFERENZA DEL DISTRETTO CORPOREO	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	16	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualità e appropriatezza delle cure	Implementazione delle disposizioni regionali in tema di programmazione ospedaliera	Attivazione progressiva dei p.l. fino a 4 entro il 31.12 e complessivamente 12, fatte salve la disponibilità di risorse umane e previo accreditamento	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Visite/Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	5	Visite/Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			

delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR.262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	16	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	IMPLEMENTARE LE RISORSE UMANE ED ECONOMICHE CON AFFERENZA A CENTRO DI COSTO SPECIFICO CON RIVERSAMENTO INTEGRALE SUI FLUSSI INFORMATIVI DEDICATI, COMPRESO EDOTTO. N. PRESTAZIONI: 4.500 CON DECORRENZA DAL 1 GIUGNO PV	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	CENTRO DI RIFERIMENTO DELLE RETE DI ELETTROFISIOLOGIA AZIENDALE DAL 1 SETTEMBRE PV	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%		SALA OPERATIVA DI TELEMONITORAGGIO DEI DISPOSITIVI CARDIACI IMPIANTABILI DAL 1 SETTEMBRE PV	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	16	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	8	Visite/Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	8	Visite/Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi OM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			

delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni)	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.000 CON DRG MEDIO ≥ 1,2. COMPLETAMENTO DEL NUMERO DI POSTI LETTO FINO ALLA PROGRAMMAZIONE COMPLESSIVA DI 20 P.L. (12 CARDIOLOGIA E 8 UTIC). PROGETTO PER LA NUOVA SALA DI EMODINAMICA. PARTECIPAZIONE ALLA RETE DI ELETTROFISIOLOGIA	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A < 30 gg- Priorità B < 60 gg - Priorità C < 180 gg- Priorità D < 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 14.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Volume/esiti di ricoveri per PTCA (Indicatore PNE AGENAS DM70 volumi esiti)	Miglioramento dell'efficienza e della sicurezza delle cure nella branca di pertinenza	2	Numero di di ricoveri coninterventi in PTCA	> 200			
			2	Proporzione di STEMI trattati entro 2 gg da ricovero	>70%			
3			Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dal primo contatto con SSN	>60%				
		3	Mortalità intraospedaliera di pazienti con episodio di STEMI	< 8%	8%-12%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			

Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%		
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%	
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

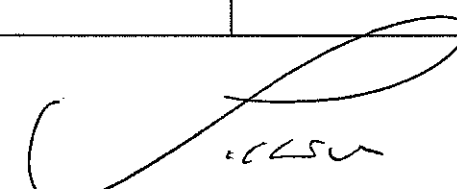
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.000 CON DRG MEDIO ≥ 1,2. COMPLETAMENTO DEL NUMERO DI POSTI LETTO FINO ALLA PROGRAMMAZIONE COMPLESSIVA DI 20 P.L. (12 CARDIOLOGIA E 8 UTIC)	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A < 30 gg- Priorità B < 60 gg - Priorità C < 180 gg- Priorità D < 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 6.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza.	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
	Volume/esiti di ricoveri per PTCA (Indicatore PNE AGENAS DM70 volumi esiti)	Miglioramento dell'efficienza e della sicurezza delle cure nella branca di pertinenza	2	Numero di ricoveri con interventi in PTCA	> 200	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
2			Proporzione di STEMI trattati entro 2 gg da ricovero	>70%				
3			Proporzione di STEMI trattati con PTCA entro 90 minuti dal primo contatto con SSN	>60%				
		3	Mortalità intraospedaliera di pazienti con episodio di STEMI	< 8%	8%-12%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			




Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%		
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%	
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.000 CON PESO MEDIO DRG ≥ 1,2		
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A < 30 gg- Priorità B < 60 gg - Priorità C < 180 gg- Priorità D < 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	8	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	8.500 PRESTAZIONI		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24			
		% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
		% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
		Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
		Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
		Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente				

Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			3	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

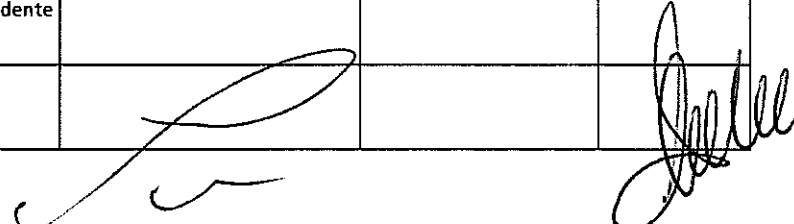
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	8	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.000 CON PESO MEDIO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A < 30 gg- Priorità B < 60 gg - Priorità C < 180 gg- Priorità D < 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	8	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 15.000	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizioni prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			



Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			3	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

102

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI



OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	18	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI SUL TERRITORIO, COMPRESI TUTTI I DSS: 95.000. ELABORAZIONE DI UNA RETE TERRITORIALE CARDIOLOGICA UNIFICATA INTERDISTRETTUALE CON COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI, COMPRESI QUELLE DOMICILIARI	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	12	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza territoriale	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	Miglioramento qualità percorso di cura	5	N° di re-ricoveri per eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari (MACCE) entro 12 mesi dalla dimissione dal ricovero per IMA/Numero totale di dimessi vivi da ricovero per IMA	Riduzione rispetto all'anno precedente			
		Miglioramento qualità percorso di cura	5	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event - MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	Riduzione rispetto all'anno precedente			
		Riduzione del tasso di ospedalizzazione per scompenso cardiaco	5	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (>18aa) per complicanze a breve o a lungo termine per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco.	Riduzione rispetto all'anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	6	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			

Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Massimo Tricci

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	16	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO PER CONSULENZA INTERNE SU EDOTTO E ALIMENTAZIONE DEI FLUSSI. N. PRESTAZIONI: 15.000 COMPLESSIVE TRA INTERNI ED ESTERNI	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U < 72 h - Priorità B < 10 gg - Priorità D < 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	16	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	8	Visite/Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	8	Visite/Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	> 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								

Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI




OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Attivazione di 24 p.l. entro il 30.09.23. PRESTAZIONI AMBULATORIALI COMPLESSIVE (COMPRESO CAMPI S.NA E MARTANO): 27.000. INTEGRAZIONE RETE PACS DEL 100% ECOGRAFI ENTRO IL 30.09.2023	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività dialitiche in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e la gestione dei pazienti nell'ambito della RENDIT, anche in riferimento alle attività di dialisi turistica	4	Garantire il rapporto 4:1 tra pazienti e p.t. di dialisi	Rapporto 4:1 pz/p.t. dialisi	(18*4) 72 pz per PO Lecce; (12*4) 48 pz per Campi Salentina; 22 pz CAD Martano considerando la fase di avvio		
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media ricoveri ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	a) Miglioramento indici di appropriatezza ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	2	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
	Dialisi domiciliare	Garantire le attività di dialisi domiciliare sia per la dialisi peritoneale sia per i pazienti in HD	5	Pz in dialisi domiciliare	Miglioramento/mantenimento rispetto all'anno precedente (2D attualmente in carico)			
	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica	Miglioramento dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico a partire dall'inquadramento del paziente dal momento del ricovero	3	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	Riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			

Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%		
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi						
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	8	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DEI 10 P.T. DI DIALISI FATTA SALVA L'ATTIVAZIONE DEL NUOVO CENTRO DIALISI. N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 11.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività dialitiche in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e la gestione dei pazienti nell'ambito della RENDIT, anche in riferimento alle attività di dialisi turistica	8	Garantire il rapporto 4:1 tra pazienti e p.t. di dialisi	Rapporto 4:1 pz/p.t. dialisi		(10 *4) 40 pz	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di	Riduzione tassi di inapproprietezza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media ricoveri ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica	Miglioramento dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico a partire dall'inquadramento del paziente dal momento del ricovero	3	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Dialisi domiciliare	Garantire le attività di dialisi domiciliare sia per la dialisi peritoneale sia per i pazienti in HD	4	Pz in dialisi domiciliare	Attivazione del servizio			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	Riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili		3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			

equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale	Rispetto delle misure assegnate alla Trasparenza assegnate alla struttura	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art.	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	8	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Attivazione teledialisi per CAD Poggiardo entro il 30.09.2023. N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 16.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e la gestione dei pazienti	8	Garantire il rapporto 4:1 tra pazienti e p.t. di dialisi	Rapporto 4:1 pz/p.t. dialisi			(22*4) 88 pz per PO e (6*4) 24 pz per CAD
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di	Riduzione tassi di inappropriatezza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media ricoveri ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Dialisi domiciliare	Garantire le attività di dialisi domiciliare sia per la dialisi peritoneale sia per i pazienti in HD	4	Pz in dialisi domiciliare	Miglioramento rispetto all'anno precedente (da 14 attualmente in carico a 20)			
	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica	Miglioramento dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico a partire dall'inquadramento del paziente dal momento del ricovero	3	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	Riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			

Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano	Rispetto delle misure assegnate alla	Certificato da		
			2	Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura	Certificato da RPCT anche sulla		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Mouli murata il 19/08/23

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 350 CON DRG MEDIO 1,2		
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	PRESTAZIONI AMBULATORIALI COMPLESSIVE: 20.000		
			2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività dialitiche in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e la gestione dei pazienti nell'ambito della RENDIT, anche in riferimento alle attività di dialisi turistica	4	Garantire il rapporto 4:1 tra pazienti e p.t. di dialisi		Rapporto 4:1 pz/p.t. dialisi		PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE COMPLESSIVA DI 29 POSTI RENE PRESSO PO GALATINA AL NETTO DEI 12 P.RENE DEL CAD DI NARDO'. (17*4)=68 PZ PER GALATINA	
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4			Qualitativo SI / NO	SI				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24			
		% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	3	Riduzione DH medico diagnostico	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
		Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	3	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
		Degenza media ricoveri ordinari	3	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	Degenza media ricoveri ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
		Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	3	a) Miglioramento indici di appropriatezza ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
		Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica	3	Miglioramento dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico a partire dall'inquadramento del paziente dal momento del ricovero	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per Interni/N. ricoveri per il P.O.	Riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente				
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente				
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%				
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%				
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%			
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%			

Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

PIANO FORMATIVO PER LA ACQUISIZIONE DI ALMENO 12 INFERMIERI ESPERTI IN NEFRODIALISI PER COPRIRE LE ESIGENZE DEL CAD NARDO

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAX

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	8	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Prestazioni ambulatoriali: 16.500	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività dialitiche in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e la gestione dei pazienti nell'ambito della RENDIT, anche in riferimento alle attività di dialisi turistica	8	Garantire il rapporto 4:1 tra pazienti e p.t. di dialisi	Rapporto 4:1 pz/p.t. dialisi	(21*4) 84 pz		
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Cod. H04Z _D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatezza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media ricoveri ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Dialisi domiciliare	Garantire le attività di dialisi domiciliare sia per la dialisi peritoneale sia per i pazienti in HD	4	Pz in dialisi domiciliare	Attivazione del servizio			
	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica	Miglioramento dell'appropriatezza ed efficacia del processo diagnostico-terapeutico a partire dall'inquadramento del paziente dal momento del ricovero	3	Mortalità a 30 gg. dal ricovero per insufficienza renale cronica (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	Riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								

SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	74 P.L. DI MEDICINA, AVVIARE PROCEDURE DI ACCREDITAMENTO PER TRASFORMAZIONE IN LUNGODEGENZA ENTRO IL 31.12.2023. NELL'AMBITO DELLA RETE TALASSEMIA REGIONALE, SI VALUTERA' AFFERENZA A DIVERSA UNITA' OPERATIVA DI RIFERIMENTO. N. RICOVERI 2.200 CON DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 3.000 TOTALI	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istitutuz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	a) Miglioramento indici di appropriatezza ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	3	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità delle cure ed accreditamento nuove strutture	Attivazione p.l. di Lungodegenza	Assicurare l'implementazione degli atti regionali di indirizzo e programmazione di riordino ospedaliero	3	Qualitativo SI / NO	SI		AVVIARE PROCEDURE DI ACCREDITAMENTO DEI P.L. CHE DOVRANNO ESSERE DESTINATI ALLA LUNGODEGENZA	
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		

Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

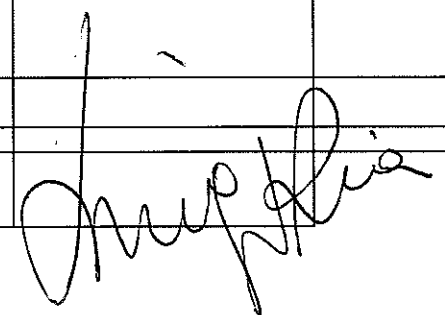
Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	28 P.L. DI MEDICINA, PROSPETTICAMENTE FINO A 32 P.L. N. RICOVERI: 1.200 COMPRESA LUNGODEGENZA CON PESO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 12.500	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	a) Miglioramento indici di appropriatezza ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	3	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità delle cure ed accreditamento nuove strutture	Attivazione p.l. di Lungodegenza	Assicurare l'implementazione degli atti regionali di indirizzo e programmazione di riordino ospedaliero	3	Qualitativo SI / NO	SI		GARANTIRE FINO A 20 P.L.(+4) COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE, PREVIO ACCREDITAMENTO	
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della	Garantire la revisione delle richieste di esami per interni sulla	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			



Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. RICOVERI: 1.600 COMPRESA LA LUNGODEGENZA CON PESO MEDIO DRG2 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 10.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
		% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
		Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
		Degenza media ricoveri ordinari	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
		Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	3	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità delle cure ed accreditamento nuove strutture	Attivazione p.l. di Lungodegenza	Assicurare l'implementazione degli atti regionali di indirizzo e programmazione di riordino ospedaliero	3	Qualitativo SI / NO	SI		GARANTIRE FINO A 20 P.L.(+4) COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE, PREVIO ACCREDITAMENTO	
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della	Garantire la revisione delle richieste di esami per interni sulla	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili		3	Qualitativo SI / NO	SI			

Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

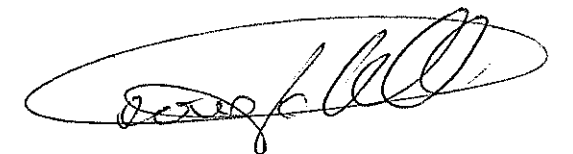
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ESTENDE A 24 P.L. + 2 DH (DH FINALIZZATI PRIDRITARIAMENTE ALLA REUMATOLOGIA). N. RICOVERI: 1.200 CON PESO MEDIO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	APERTURA DI 3 NUOVI AMBULATORI SPECIALISTICI DI AREA INTERNISTICA. N. PRESTAZIONI: 3.000	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	a) Miglioramento indici di appropriata ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	3	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità delle cure ed accreditamento nuove strutture	Attivazione p.l. di Lungodegenza	Assicurare l'implementazione degli atti regionali di indirizzo e programmazione di riordino ospedaliero	3	Qualitativo SI / NO	SI		ATTIVAZIONE LUNGODEGENZA PRESSO L'ATTUALE SEDE DELL'UO DI GERIATRIA, FINO A 20 P.L. PREVIO ACCREDITAMENTO	
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			



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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

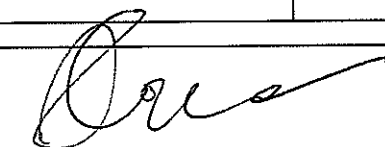
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BIANCHI

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	RAGGIUNGERE N. P.L. COME DA PREVISIONE REGIONE (26 - 24 ORDINARI + 2 DH) - N. RICOVERI: 1.000 CON PESO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 900	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	a) Miglioramento indici di appropriatezza ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	3	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.l. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								



SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 19D/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019], (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	PREVISTI IN PROSPETTIVA 60 PL DI MEDICINA GENERALE PIU' 20 PL DI LD, DA RAGGIUNGERE GRADUALMENTE CON UN PRIMO STEP DI 32 PL; AVVIARE PROCEDURE DI ACCREDITAMENTO DELLA LUNGODEGENZA ENTRO IL 31.12.2023. RICOVERI: 1.000 PESO MEDIO DRG 1,20	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		N. PRESTAZIONI: 2.100 TOTALI
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	a) Miglioramento indici di appropriatezza ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	3	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità delle cure ed accreditamento nuove strutture	Attivazione p.l. di Lungodegenza	Assicurare l'implementazione degli atti regionali di indirizzo e programmazione di riordino ospedaliero	3	Qualitativo SI / NO	SI		AVVIARE PROCEDURE DI ACCREDITAMENTO DEI P.L. CHE DOVRANNO ESSERE DESTINATI ALLA LUNGODEGENZA	
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della	Garantire la revisione delle richieste di esami per interni sulla	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								



SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	DEI 26 P.L. ALLO STATO ATTIVO, 2 P.L. DA DESTINARE ALLA LUNGODEGENZA. N. RICOVERI 1.100 CON PESO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg- Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 2.800 - RILEVATO CHE VENGONO EFFETTUATI AMBULATORI DI DIAGNOSTICA ECOGRAFICA CON UTILIZZO DI MDC ECOGRAFICI, SI CHIEDE UN REPORT MENSILE PER IL RISPETTO RIGOROSO DEI PDTA NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ECO CON MDC. INTEGRAZIONE DELLA METODICA NEL RIS-PACS ENTRO IL 31 MAGGIO 2023.	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	a) Miglioramento indici di appropriatezza ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	3	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Qualità delle cure ed accreditamento nuove strutture	Attivazione p.l. di Lungodegenza	Assicurare l'implementazione degli atti regionali di indirizzo e programmazione di riordino ospedaliero	3	Qualitativo SI / NO	SI		GARANTIRE L'INCREMENTO DEI P.L., IN PRIMO STEP A 14 P.L. E SUCCESSIVAMENTE A 20 P.L., COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE, PREVIO ACCREDITAMENTO	
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della	Garantire la revisione delle richieste di esami per interni sulla	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			

Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi						
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
				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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BERRA

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	IMPLEMENTAZIONE A 24 P.L. COME DA RR 14/2020. N RICOVERI: 900 CON PESO MEDIO DRG ≥ 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI: 900	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	a) Miglioramento indici di appropriatezza ricoveri b) Sviluppo delle procedure DOP	3	Tasso di ospedalizzazione over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50	La valutazione verrà effettuata su base aziendale		
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								

SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	Ricoveri 800 Specialistica ambulatoriale prestazioni: 5000	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	2	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Pubblicazione del 100% delle agende ambulatoriali	3	Agende pubblicate	100%			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Attivazione di due ambulatori su linee specialistiche entro il 1° settembre (pneumopatia interstiziale ed asma grave)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	Qualitativo SI / NO	SI					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10	Riduzione	
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Gestione della BPCO	Miglioramento della qualità dell'assistenza della BPCO	3	Volume ricoveri per BPCO (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
			3	proporzioni di ricoveri per BPCO riacutizzata seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario (PNE)	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		



Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 1SD/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Per la Direzione Generale
DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY
 Antonio Bray

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

Giuseppe Pirelli

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	CONFERMA ATTIVAZIONE DI COMPLESSIVI 40 P.L. N. RICOVERI: 580	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 9.000 N. DAY SERVICE: 300	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Pubblicazione del 100% delle agende ambulatoriali	3	Agende pubblicate	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H042_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tassi di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			



Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

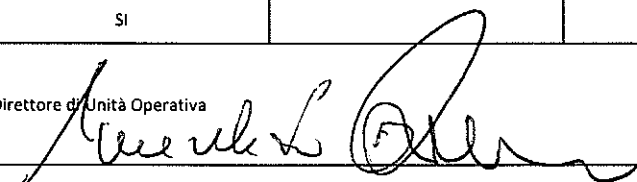
Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DI 32 P.L. DI DEGENZA ENTRO IL 01 SETTEMBRE 2023 (24 ORDINARI E 8 STROKE UNIT). N. RICOVERI: 1.100	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg- Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 5.500. N. DAY SERVICE:260	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni	3	Agende pubblicate	100%	
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inapproprietezza.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Attivazione p.l. da programmazione regionale	Attivazione fino a 8 p.l. di Stroke Unit entro il 31.12.2023 e coordinamento della rete hub&spoke in qualità di centro hub ictus	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Reti tempo-dipendenti	allineamento agli standard di sicurezza e qualità nel trattamento del paziente critico con ictus cerebrali (Rete Ictus) con PDTA aggiornato del paziente con ictus	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili		3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nei	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								

Marcella Caggiola

Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico -	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

*SI CONVIENE DI TRASFORMARE, AD ESAURIMENTO, LA UOSD STROKE UNIT IN UOS, ARTICOLAZIONE DELLA UOC NEUROLOGIA.

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

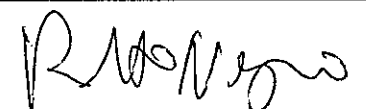
Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

Marcella Caputo

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DI N. 10 P.L. IN ATTUAZIONE DEL R.R. 14/2020 ENTRO IL 31.12.2023. N. RICOVERI: 200. ELABORAZIONE PDTA PER NODULI TIROIDEI E VALUTAZIONE ESITI DELLE PROCEDURE DI TERMOABLAZIONE	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	APERTURA DI AMBULATORI SPECIFICI PER LA BRANCA, IVI INCLUSI QUELLI PER IPERTENSIONE E OSTEOPOROSI. N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 12.000. DAY SERVICE: 300	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Pubblicazione del 100% delle agende ambulatoriali	3	agende pubblicate	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inapproprietezza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i costi di riferimento (DGR 1487/2019) (DGR 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali,	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			



equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Per la Direzione Generale
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAT

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

[Handwritten signature]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	7	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. DAY SERVICE: 250 - N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 8.800	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	6	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	3	N. prestazioni erogate a pazienti cronici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente			
		corretta gestione agende ambulatoriali	3	omologazione dei carichi di lavoro e delle tempistiche di agende agli standard di riferimento di tutto il territorio aziendale per la branca specifica	100%			
			3	agende pubblicate	100%			
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	7	Qualitativo SI / NO		SI				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Visite/Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Implementazione delle reti previste a livello regionale	Attivazione della rete reumatologica a livello aziendale comprendendo anche i reumatologi specialisti ambulatoriali, in allineamento alla DGR	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Gestione integrata delle patologie	Attivazione dell'ambulatorio transizionale in collaborazione con la UOSD Reumatologia ed immunologia pediatrica	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								

Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
 Avv. **Stefano ROSSI**

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il **Direttore Sanitario**
 Dott. **Antonio BRAY**
 Antonio Bray

Il **Direttore Macrostruttura**

Il **Direttore di Unità Operativa**
 [Signature]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL **DIRETTORE AMMINISTRATIVO**
 Dott. **Yanko TEDESCHI**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DI N. 4 P.L. COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE. VERIFICA DELL'ATTIVAZIONE DI UN REPARTO DI CURE OMOGENEE CON REUMATOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 15.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	4	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	3	N. prestazioni erogate a pazienti cronici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente			
		corretta gestione agende ambulatoriali	3	omologazione dei carichi di lavoro e delle tempistiche di agende agli standard di riferimento di tutto il territorio aziendale per la branca specifica	100%			
			3	agende pubblicate	100%			
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Visite/Esami eseguiti e referatati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Interazioni con l'Università	Interazione con l'Università del Salento per la piena utilizzazione ed ottimizzazione nell'uso del Laser Confocale	4	progetto		1		
	Implementazione delle attività di branca	implementazione del day service chirurgico	4	verifica e attivazione del day service dermatologico chirurgico anche in team con altre specialità	almeno 100			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			



Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

*SI CONVIENE RIBENOMINARE LA U.O.SD IN "DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA"

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Dott. Stefano ROSSI

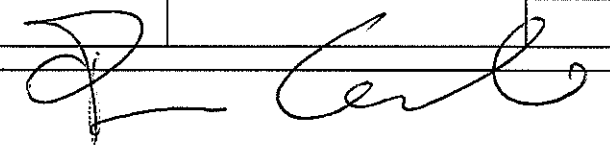
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	8	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 9.000		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	5	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	8	N. prestazioni erogate a pazienti cronici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente				
		Garantire la pubblicazione del 100% delle agende ambulatoriali	2	agende pubblicate	100%				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Visite/Esami eseguiti e refertati entro 24/48 ore dalla richiesta	100%	≥ 90% < 100%			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Elaborazione procedure aziendali	Elaborazione procedura NAD per gestione territoriale/domiciliare	3	Qualitativo SI / NO	SI				
	Gestione obesità e DCA	Costituzione di un gruppo operativo interdisciplinare per la gestione del DCA e delle gravi obesità	3	Qualitativo SI / NO	SI				
	Protocollo ERAS	Studio pilota su piccola coorte di applicazione protocollo ERAS per pazienti di chirurgia addominale generale	3	Qualitativo SI / NO					
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente				
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente				
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%				
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%				
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%			
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									



Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

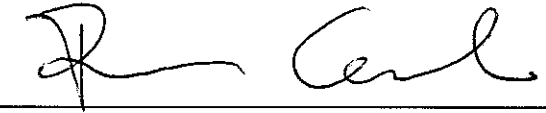
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

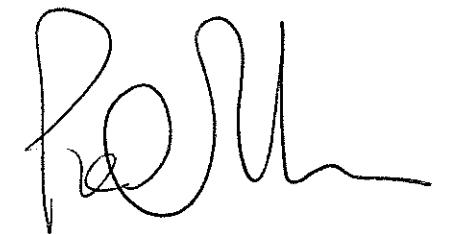
Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DI ALMENO 24 P.L. SU 40 PROPOSTI ENTRO IL 31.12.2023. N. RICOVERI: 325 + 200 DH	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 2.500 E N. DAY SERVICE: 600	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		2	Pubblicazione del 100% delle agende ambulatoriali	Agende pubblicate	100%			
5	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	Qualitativo SI / NO	SI					
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	4	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	4	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	4	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		



Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente		
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente		
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%		
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI		
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	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%	
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%	
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

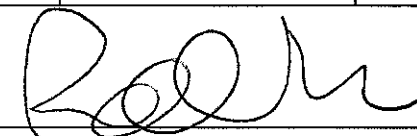
100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Per la Direzione Generale
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DI 16 P.L. COME DA PROGRAMMAZIONE REGIONALE AL 31.07.23. PESO MEDIO DRG CONFORME AGLI STANDARD NAZIONALI: 1. N. RICOVERI: 850	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
			4	Garantire la partecipazione ai programmi di screening secondo la programmazione aziendale	100%	≥ 90% < 100%	SUPERVISIONE DELLA RETE COLONSCOPICA DI SCREENING DI AREA VASTA	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. DAY SERVICE: 220. N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 5.800. ATTIVAZIONE DEGLI AMBULATORI CROSS COMPATIBILMENTE CON LE RISORSE UMANE DISPONIBILI - PROGETTO PILOTA SUL PO V FAZZI DI LECCE - SCORRANO	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		3	Publicazione del 100% delle agende ambulatoriali	100%				
4	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	Qualitativo SI / NO						
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario. (Cod. H04Z D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inapproprietezza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità e accreditamento delle strutture	Attivazione dei p.l. previsti dalla programmazione regionale	Coordinamento nell'attivazione dei 18 p.l. di Gastroenterologia presso il P.O. di Lecce	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Implementazione delle attività della rete gastroenterologica	report mensile dell'attività della rete gastroenterologica aziendale ai sensi della DGR 267/2023 con coordinamento centralizzato di tutti i gastroenterologi dell'Azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	2	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.l. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		

cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE OI 4 P.L. STROKE UNIT ENTRO IL 31.07.2023. N. RICOVERI: 530 CON PESO MEDIO DRG 1,07	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 5000 N. DAY SERVICE: 1.250	
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza.	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			

Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione e piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

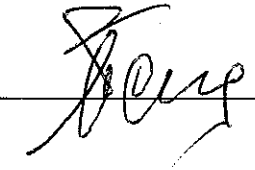
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
 Per il Direttore Generale
Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI



OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	5	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI: 15.000 ESCLUSIVAMENTE PER LA UOC CON INCREMENTO IN ESTENSIONE DELLA GESTIONE DI TUTTE LE ATTIVITA' PNEUMOLOGICHE TERRITORIALI	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		agende ambulatoriali	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
			3	omologazione dei carichi di lavoro e delle tempistiche di agende agli standard di riferimento di tutto il territorio aziendale per la branca specifica	100%			
			3	Agende pubblicate	100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
		% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
		Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
		Degenza media ricoveri ordinari	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
		Attivazione dei p.l. previsti dalla programmazione regionale	3	Qualitativo SI / NO	SI	attivazione entro il 1 settembre 2023		
		Gestione della BPCO	3	tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (> 18 anni) per complicanze per BPCO	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	interazione con la rete ospedaliera per l'attivazione della rete pneumologica integrata ospedale - territorio	attivazione di progetti di telemedicina di branca specifica	3	n. progetti di telemedicina per assistenza domiciliare del paziente cronico	1			
		Garantire la 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	3	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili		3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			

equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

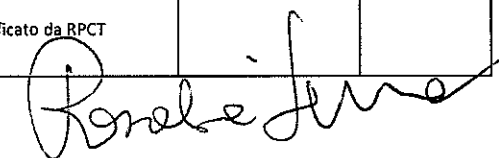
Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	6	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	3	N. prestazioni erogate a pazienti cronici mediante agende dedicate (inserendo anche l'attività effettuata su Casarano)	Incremento su anno precedente		63000 prestazioni ambulatoriali almeno 1000 fino a 1200 casi di day service (fatto salva la disponibilità equipie multidisciplinare)	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza	Gestione del Diabete	Miglioramento della qualità dell'assistenza del diabete	4	tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (> 18 anni) per complicanze del diabete	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Garantire la realizzazione della Rete Diabetologica Aziendale	Attivazione della Rete Diabetologica Aziendale con Procedura deliberata	5	Attivazione della Rete Diabetologica Aziendale con Procedura deliberata	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	6	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	6	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	6	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	6	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi		3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	2	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		



anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) aziendale	Prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Per la Direzione Generale
DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Macrostruttura

Il Direttore di Unità Operativa

Paolo Seno

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITÀ								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Garantire i servizi di raccolta sangue in integrazione con le Associazioni di Volontariato per l'autosufficienza aziendale (SI/NO)	Garantire i servizi di raccolta sangue in integrazione con le Associazioni di Volontariato per l'autosufficienza aziendale con la elaborazione di procedure aggiornate nell'ambito di un Tavolo tecnico con cadenza almeno semestrale coordinato dal Direttore del Dipartimento	25	n. report	2			
	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) (Cod. H08Z_D.M. 12/03/2019)	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	25	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	100%			
Integrazione ospedale-territorio	Integrazione ospedale - territorio e implementazione PDTA	Interazione ospedale - territorio per l'appropriatezza dei PAC Day Service e la corretta implementazione dei PDTA	5	Stralcio complessivo del 30% dei PAC inappropriati	-30%			
Miglioramento della qualità nei processi di trattamento e trasformazione degli emocomponenti	Rispetto dei protocolli previsti sulla qualità	Adozione dei protocolli previsti per il controllo qualitativo degli emocomponenti (SI/NO)	15	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	INTERVENTI FORMATIVI PER IL BUON USO DEL SANGUE E GRUPPI OPERATIVI INTERDISCIPLINARI IN ATTUAZIONE DELLE INDICAZIONI COBUS	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	- Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023

DIPARTIMENTO MEDICINA TRASFUSIONALE - SERVIZIO TRASFUSIONALE P.O. GALLIPOLI - DOTT. GIANFRANCO SACQUEGNA

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Garantire i servizi di raccolta sangue in integrazione con le Associazioni di Volontariato per l'autosufficienza aziendale (SI/NO)	Garantire i servizi di raccolta sangue in integrazione con le Associazioni di Volontariato per l'autosufficienza aziendale con la elaborazione di procedure aggiornate nell'ambito di un Tavolo tecnico con cadenza almeno semestrale coordinato dal Direttore del Dipartimento	25	n. report	2		CONCENTRARE I TURNI CON OTTIMIZZAZIONE DEI CARICHI DI LAVORO. IMPLEMENTAZIONE DELLE USCITE ESTERNE OD ANCHE IN SEDI ACCREDITATE. 100 PAC78	
	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) (Cod. H08Z_D.M. 12/03/2019)	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue	20	Autosufficienza di emocomponenti driver (globuli rossi, GR)	100%			
Qualità e innovazione dell'assistenza	Cordone ombelicale	Verifica di fattibilità del progetto di implementazione del prelievo e donazione del cordone ombelicale	5	n. progetto	1			
	Frigoemoteche intelligenti	Verifica di fattibilità del progetto di implementazione di frigoemoteche intelligenti	5	n. progetto	1			
Miglioramento della qualità nei processi di trattamento e trasformazione degli emoderivati	Rispetto dei protocolli previsti sulla qualità	Adozione dei protocolli previsti per il controllo qualitativo degli emoderivati (SI/NO)	15	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	INTERVENTI FORMATIVI PER IL BUON USO DEL SANGUE E GRUPPI OPERATIVI INTERDISCIPLINARI IN ATTUAZIONE DELLE INDICAZIONI COBUS	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	APERTURA DEI 30 P.L. PREVISTI DAL RR 14/2020. N. RICOVERI: 500 PESO MEDIO DRG > 1,2	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	2	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. DAY SERVICE: 2.500 N. PRESTAZIONI: 33.000	
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (CoRo e follow up oncologico) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (CoRo e follow up oncologico) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	6	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente		PUBBLICAZIONE DEL 100% AGENDE. OTTIMIZZAZIONE DEL PERCORSO CORO: PRESA IN CARICO ENTRO 48 ORE DALL'ONCOLOGO	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Sviluppo delle attività Breast Unit	2	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (con 10% tolleranza) interventi annui.	>150 (10% tolleranza)	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branche e prestazioni che partecipano alla Breast Unit		
	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. (Cod. H03C_D.M. 12/03/2019)	Contenimento nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo per tumore della mammella	2	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	122 gg.	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branche e prestazioni che partecipano alla Breast Unit		
	Rispetto dei PDTA per le varie tipologie di tumore, con particolare riferimento a tempistica, appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza operativa tenendo conto degli obiettivi del PNE (Programma Nazionale Esiti)	Rispetto dei tempi previsti dai PDTA per il tumore della mammella	2	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempestività prevista dal Manuale PDTA del Ministero della Salute: primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow-up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna) (PDTA06-NSG)	100%	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branche e prestazioni che compongono il PDTA		
		Rispetto dei PDTA per singola tipologia di tumore, anche in riferimento alla normativa specifica regionale e partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del PNE per l'ambito nosologico di competenza	8	Qualitativo SI / NO	SI	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branche e prestazioni che compongono il PDTA		
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatezza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	2	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	7	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%	RIDUZIONE OFF LABEL, TENDENZA A 0 PER C(NN), CHIUSURA SCHEDE	
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			

Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	13	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 95.000	
		Rispetto dei tempi raccomandati dal PDTA per l'esecuzione delle prestazioni	13	Garantire la partecipazione ai programmi della Breast Unit e degli altri percorsi della Rete Oncologica	100%	≥ 80% < 100%		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	13	Tempo di attesa tra la chirurgia e/o la chemioterapia e la radioterapia coerente alle raccomandazioni del PDTA per carcinoma	100%			
		Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	5	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate		Incremento su anno precedente		
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO			Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Riduzione tempi prestazioni/consulenze per interni	10	Prestazioni/consulenze eseguite entro 24/48 ore dalla richiesta e comunque in linea con le previsioni del PDTA	100%	≥ 90% < 100%		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	8	N. transazioni per errori su terapie riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico -finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i.(DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

*PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DI UN ACCELERATORE LINEARE DI ULTIMA GENERAZIONE ENTRO IL 31.12.2023

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N.RICOVERI: 350	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	IMPLEMENTAZIONE E PUBBLICAZIONE DI AGENDE CON PARAMETRAZIONE DELLE PRIORITA' SECONDO I SEGUENTI STANDARD UBD, FERME RESTANDO LE PRIORITA' P GIA' PRESENTI - N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 22.500 INCLUSE LE ATTIVITA' DEL LABORATORIO INTERNO N DAY SERVICE: 1.700	
		% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	3		% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	3	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Rispetto dei PDTA per le varie tipologie di tumore, con particolare riferimento a tempistica, appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza operativa tenendo conto degli obiettivi del PNE (Programma Nazionale Esiti)	Rispetto dei PDTA per singola tipologia di tumore e partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del PNE per l'ambito nosologico di competenza	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da miglior rapporto costo efficacia	2	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	> 80%			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori	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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori	Rispetto delle misure stabilite dalla Direzione Aziendale			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% Piani terapeutici informatizzati	100%	>90% <100%		
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni specialistiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni specialistiche informatizzate	100%	>90% <100%		
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle somministrazioni dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			

Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95% ≥95%	>80% <95% >80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/201D	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
*ELABORAZIONE DI DISPOSIZIONI INTERNE INSIEME ALLA DSA PER LA OTTIMIZZAZIONE E CENTRALIZZAZIONE DELLA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO EMATOLOGICA			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento

A. Bray

Il Direttore di Unità Operativa

A. Bray

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DI ALMENO 20 P.L. COME DA PROGRAMMAZIONE DI R.R. 14/2020. N. RICOVERI: 500 CON PESO MEDIO DRG 1,4	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg- Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. DAY SERVICE: 1.500 N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 8.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (COO e follow up oncologico) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	6	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente		PUBBLICAZIONE 100% AGENDE	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rispetto dei PDTA per le varie tipologie di tumore, con particolare riferimento a tempistica, appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza operativa tenendo conto degli obiettivi del PNE (Programma Nazionale Esiti)	Rispetto dei PDTA e linee guida internazionali per singola tipologia di tumore, anche in riferimento alla normativa specifica regionale e partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del PNE per l'ambito nosologico di competenza	10	Qualitativo SI / NO	SI			
	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	3	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	3	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%		
	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle		3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								

SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%		
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.D.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
			100				

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE, PREVIO ACCREDITAMENTO, DI 10 P.L. PREVISTI DAL R.R. 14/2020		
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione			
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%			
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	N. DAY SERVICE: 1.000 - N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 6.000		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (COO e follow up oncologico) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (COO e follow up oncologico) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	5	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente		PUBBLICAZIONE 100% AGENDE		
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rispetto dei PDTA per le varie tipologie di tumore, con particolare riferimento a tempistica, appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza operativa tenendo conto degli obiettivi del PNE (Programma Nazionale Esiti)	Rispetto dei PDTA per singola tipologia di tumore, anche in riferimento alla normativa specifica regionale e partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del PNE per l'ambito nosocologico di competenza	12	Qualitativo SI / NO	SI				
		Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z _D.M. 12/03/2019)	2	Riduzione tassi di inappropriata	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
		% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	2	Riduzione DH medico diagnostico	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
		Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	2	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
		Degenza media ricoveri ordinari	2	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	2	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente				
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	7	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.				
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente				
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%				
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%				
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥ 95%	> 80% < 95%			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥ 95%	> 80% < 95%			
	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle		3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				

[Handwritten signatures]

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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		
*INTEGRAZIONE DI ALMENO 1 MEDICO A CURA DEL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO			100				

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	13	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	N. DAY SERVICE: 500. N. PRESTAZIONI AMBULATORIALI: 2.050. ACCREDITAMENTO DELLA STRUTTURA E ATTIVAZIONE DEL CODICE SU EDOTTO	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti oncologici (COro e follow up oncologico) mediante l'utilizzo delle agende dedicate	13	N. prestazioni erogate a pazienti oncologici mediante agende dedicate	Incremento su anno precedente		PUBBLICAZIONE 100% AGENDE	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rispetto dei PDTA per le varie tipologie di tumore, con particolare riferimento a tempistica, appropriatezza clinica, efficacia ed efficienza operativa tenendo conto degli obiettivi del PNE (Programma Nazionale Esiti)	Rispetto dei PDTA e linee guida internazionali per singola tipologia di tumore, anche in riferimento alla normativa specifica regionale e partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del PNE per l'ambito nosocologico di competenza	12	Qualitativo SI / NO	SI			
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Cod. H042_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatezza	3	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	5	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	3	N. prescrizioni di farmaci a miglior rapporto costo efficacia, effettuate dagli specialisti ambulatoriali per le categorie oggetto di monitoraggio regionale.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	2	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% Piani terapeutici informatizzati	100%			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento puntuale delle registrazioni sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio e verifica, con cadenza mensile, della chiusura delle schede dei farmaci	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	3	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi	≥95%	> 80% <95%		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni	3	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi	≥95%	> 80% <95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		

anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) aziendale	Prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal "Piano regionale screening oncologici" e dai relativi protocolli operativi, nonché dal "Piano recupero liste di attesa" per la parte relativa agli screening	Rispetto riferimenti "Piano regionale screening oncologici" e relativi protocolli operativi, nonché del Piano recupero liste di attesa per la parte relativa agli screening	Predisporre ed attuare il "piano screening oncologici" e relativi protocolli operativi secondo le indicazioni regionali e aziendali, anche con riferimento al Piano recupero liste di attesa per la parte relativa agli screening	12	Volumi di prestazioni erogate/ volumi programmati	100%	≥ 80% < 100%		
	Attività di monitoraggio	Monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni di screening	6	n. report di monitoraggio e note agli erogatori	report trimestrali e almeno 2 note annuali agli erogatori			
Macro-area obiettivo: Prevenzione e Promozione della Salute								
Prevenzione e Promozione della Salute -Screening oncologici	Estensione: % di persone invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) (ind. LEA)	Assicurare l'estensione in relazione al 100% della capacità erogativa aziendale	8	Estensione: % di persone invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) (ind. LEA)	100%			
	Adesione: % di persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2 - escluse prima dell'invito] * 100 (ind. LEA)		8	Adesione: % di persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2 - escluse prima dell'invito] * 100 (ind. LEA)	59%	50% - 58,9%		
	Estensione: % di persone invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) (ind. LEA)	Assicurare l'estensione in relazione al 100% della capacità erogativa aziendale	8	Estensione: % di persone invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) (ind. LEA)	100%			
	Adesione: % di persone in età target che eseguono il pap test di screening per cervice uterina +persone in età target che eseguono come test primario l'HPV*5/3 / [donne residenti (25-64) / 3 - escluse prima dell'invito] * 100 (ind. LEA)		8	Adesione: % di persone in età target che eseguono il pap test di screening per cervice uterina +persone in età target che eseguono come test primario l'HPV*5/3 / [donne residenti (25-64) / 3 - escluse prima dell'invito] * 100 (ind. LEA)	49%	40% - 48,9%		
	Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (ind. LEA)	Assicurare l'estensione in relazione al 100% della capacità erogativa aziendale	8	Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (ind. LEA)	100%			
	Adesione: % di persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) / 2 - esclusi prima dell'invito] * 100 (ind. LEA)		8	Adesione: % di persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) / 2 - esclusi prima dell'invito] * 100 (ind. LEA)	49%	20% - 48,9%		
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina (P15Ca-NSG)	miglioramento dell'attività e della qualità del programma organizzato di screening a livello aziendale	4	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I livello, in un programma organizzato, per cervice uterina (P15Ca-NSG)	miglioramento rispetto anno precedente			
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I livello, in un programma organizzato, per mammella (P15Cb-NSG)	miglioramento dell'attività e della qualità del programma organizzato di screening a livello aziendale	4	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I livello, in un programma organizzato, per mammella (P15Cb-NSG)	miglioramento rispetto anno precedente			
	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I livello, in un programma organizzato, per colon retto (P15Cc-NSG)	miglioramento dell'attività e della qualità del programma organizzato di screening a livello aziendale	4	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di I livello, in un programma organizzato, per colon retto (P15Cc-NSG)	miglioramento rispetto anno precedente			
Proporzione di cancro in stadio II+ in donne 50-69 anni rilevate da programmi di screening per tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza (P16C-NSG)	Ottimizzazione della capacità e della tempestività di intervento	4	Proporzione di cancro in stadio II+ in donne 50-69 anni rilevate da programmi di screening per tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza (P16C-NSG)	≤ 25%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, con particolare riferimento alla razionalizzazione dell'acquisto di farmaci e dispositivi medici e alla definizione degli obiettivi assegnati ai Direttori delle Unità Operative	DGR 15 febbraio 2022, n. 133, Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici.	Verifica corretto utilizzo presidi necessari per lo screening	8	Qualitativo SI/NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento

Beery

Il Direttore di Unità Operativa

Dr. Gelius

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SISP NORD_DOTT. ALBERTO FEDELE		SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Potenziamento copertura vaccinale	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per influenza / numero di soggetti di età ≥ 65 anni residenti (ind. LEA e NSG)	Coordinamento Campagna vaccinale - Miglioramento indici copertura vaccinazione antiinfluenzale per anziani	8	Atti Organizzativi campagna vaccinale	SI/NO		
	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ind. LEA e NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione	8	% copertura vaccinale	95%		
	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ind. LEA e NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione MRP	8	% copertura vaccinale	95%		
	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) (ind. NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione antipneumococcica	8	% copertura vaccinale	95%		
	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) (ind. NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione antimeningococcica	8	% copertura vaccinale	95%		
	Numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi / numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ind. NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione Papilloma virus	8	% copertura vaccinale	95%		
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione disposizioni regionali previste nel Piano Regionale della Prevenzione -	Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	8	Interventi effettuati/interventi previsti	≥95%		
Sorveglianza Legionellosi	RICERCA LEGIONELLA AEREAULICI - N° campionamenti effettuati/denunce casi di legionellosi pervenuti	Osservanza indirizzi Operativi Regionali per il controllo della Legionellosi	8	% campioni effettuati	100%	85% - 99,99%	
Riduzione Tempi d'attesa Prestazioni Medicina Legale	Giorni d'attesa per esecuzione prestazione	Azzeramento attese per esecuzione prestazione	6	Giorni attesa	1 giorno	1-3 gg.	
Partecipazione Conferenze dei Servizi per Valutazioni Impatto Ambientale o Valutazioni Progetti ex L.241/90	Valutazione sanitaria degli interventi oggetto di Conferenza dei Servizi	Partecipazione alle Conferenze e/o espressione di Pareri	6	% Partecipazione	100%	80% - 99,99%	
Effettuazione Verifiche su Strutture Sanitarie per Accreditamento Istituzionale	Controlli richiesti dalla Regione sulle Strutture e Sanitarie Accreditate	Effettuazione nei tempi previsti della Verifiche richieste dalla Regione	6	% Verifiche evase nei tempi previsti	100%	90% - 99,99%	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

*REDAZIONE DI TURNI CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore U.O.C.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SISP SUD_DOTT.SSA AGNESE STEFANELLI		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2022
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Potenziamento copertura vaccinale	Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per influenza / numero di soggetti di età ≥ 65 anni residenti (ind. LEA e NSG)	Coordinamento Campagna vaccinale - Miglioramento indici copertura vaccinazione antiinfluenzale per anziani	8	Atti Organizzativi campagna vaccinale	SI/NO		
	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ind. LEA e NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione	8	% copertura vaccinale	95%		
	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ind. LEA e NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione MRP	8	% copertura vaccinale	95%		
	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) (ind. NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione antipneumococcica	8	% copertura vaccinale	95%		
	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) (ind. NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione antimeningococcica	8	% copertura vaccinale	95%		
	Numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi / numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ind. NSG)	Miglioramento indici copertura vaccinazione Papilloma virus	8	% copertura vaccinale	95%		
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione disposizioni regionali previste nel Piano Regionale della Prevenzione -	Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	8	Interventi effettuati/interventi previsti	≥95%		
Sorveglianza Legionellosi	RICERCA LEGIONELLA AEREAULICI - N° campionamenti effettuati/denunce casi di legionellosi pervenuti	Osservanza Indirizzi Operativi Regionali per il controllo della Legionellosi	8	% campioni effettuati	100%	85% - 99,99%	
Riduzione Tempi d'attesa Prestazioni Medicina Legale	Giorni d'attesa per esecuzione prestazione	Azzeramento attese per esecuzione prestazione	6	Giorni attesa	1 giorno	1-3 gg.	
Partecipazione Conferenze dei Servizi per Valutazioni Impatto Ambientale o Valutazioni Progetti ex L.241/90	Valutazione sanitaria degli interventi oggetto di Conferenza dei Servizi	Partecipazione alle Conferenze e/o espressione di Pareri	6	% Partecipazione	100%	80% - 99,99%	
Effettuazione Verifiche su Strutture Sanitarie per Accreditamento Istituzionale	Controlli richiesti dalla Regione sulle Strutture e Sanitarie Accreditate	Effettuazione nei tempi previsti della Verifiche richieste dalla Regione	6	% Verifiche evase nei tempi previsti	100%	90% - 99,99%	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piani/interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

*REDAZIONE DI TURNI CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

*RIDISTRIBUZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO IN ESUBERO

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

Mara Agnese Stefanelli

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SIAN NORD - DOTT. ROBERTO CARLA'		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Prevenzione e Sicurezza Alimentare - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti	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	Raggiungimento valore target per 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	10	% di controlli ufficiali effettuati/controlli ufficiali previsti	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)	Raggiungimento valore target per 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)	10	% di controlli analitici (campioni) effettuati/campioni previsti	100%		
Prevenzione e Sicurezza Alimentare - Esecuzione di ispezioni e audit su OSA	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita. (Numero minimo di controlli 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	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 o Riconosciuti Reg. CE 852/04) *100	10	% di controlli ufficiali effettuati/controlli ufficiali previsti	20%		
Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria (DGR 387/2019 e s.m.i. in riferimento al Reg. U.E. 2017/625) - Attuazione ulteriori attività	Numero dei controlli non programmabili	Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	8	% di controlli ufficiali svolti in riscontro a segnalazioni	100%	(80% - 99,9%)	
		Esecuzione di controlli ufficiali ad hoc su richiesta di altre Autorità/Amministrazioni/Enti	8	% di controlli ufficiali effettuati/totale delle richieste di intervento pervenute	85%	(70% - 84,9%)	
	Numero minimo di controlli ufficiali relativi alle acque destinate al consumo umano	Esecuzione di controlli ispettivi in materia di acque destinate al consumo umano	10	% di controlli ispettivi effettuati/controlli ispettivi previsti	>95%	(80% - 95%)	
		Raggiungimento numero di controlli analitici previsti (campioni) relativi alle acque destinate al consumo umano	10	% di controlli analitici (campioni) effettuati/campioni programmati	>95%	(80% - 95%)	
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione disposizioni regionali previste nel Piano Regionale della Prevenzione -	Controlli ispettivi in materia di sicurezza nutrizionale	8	% di interventi in materia di prevenzione nutrizionale effettuati/interventi in materia di prevenzione nutrizionale previsti	>95%		
		Controlli/attività di sorveglianza nutrizionale	8	%controlli/attività sorveglianza nutrizionale/controlli/attività previsti	>95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
		Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

* ACQUISIZIONE DI 2 BIOLOGI SPECIALISTI IN SCIENZE DELL'ALIMENTAZIONE
 * MEDICI PRESTATI AD ALTRI SERVIZI
 Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SIAN SUD_DOTT. MARTINO PROTOPAPA		SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Prevenzione e Sicurezza Alimentare - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti	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	Raggiungimento valore target per 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	10	% di controlli ufficiali effettuati/controlli ufficiali previsti	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)	Raggiungimento valore target per 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)	10	% di controlli analitici (campioni) effettuati/campioni previsti	100%		
Prevenzione e Sicurezza Alimentare - Esecuzione di ispezioni e audit su OSA	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita. (Numero minimo di controlli 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	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 o Riconosciuti Reg. CE 852/04) *100	10	% di controlli ufficiali effettuati/controlli ufficiali previsti	20%		
Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria (DGR 387/2019 e s.m.i. in riferimento al Reg. U.E. 2017/625) - Attuazione ulteriori attività	Numero dei controlli non programmabili	Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	8	% di controlli ufficiali svolti in riscontro a segnalazioni	100%	(80% - 99,9%)	
		Esecuzione di controlli ufficiali ad hoc su richiesta di altre Autorità/Amministrazioni/Enti	8	% di controlli ufficiali effettuati/totali delle richieste di intervento pervenute	85%	(70% - 84,9%)	
	Numero minimo di controlli ufficiali relativi alle acque destinate al consumo umano	Esecuzione di controlli ispettivi in materia di acque destinate al consumo umano	10	% di controlli ispettivi effettuati/controlli ispettivi previsti	>95%	(80% - 95%)	
		Raggiungimento numero di controlli analitici previsti (campioni) relativi alle acque destinate al consumo umano	10	% di controlli analitici (campioni) effettuati/campioni programmati	>95%	(80% - 95%)	
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione disposizioni regionali previste nel Piano Regionale della Prevenzione -	Controlli ispettivi in materia di sicurezza nutrizionale	8	% di interventi in materia di prevenzione nutrizionale effettuati/interventi in materia di prevenzione nutrizionale previsti	>95%		
		Controlli/attività di sorveglianza nutrizionale	8	%controlli/attività sorveglianza nutrizionale/controlli/attività previsti	>95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
		Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

*REDAZIONE DI TURNI CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

*ATTIVAZIONE AMBULATORIO NUTRIZIONALE PRESSO NUOVI LOCALI

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dot. Antonio GRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di U.O.C.

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dot. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SPESAL NORD_ DOTT.SSA ANNA TARDIO		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Adempimento LEA - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Percentuali unità locali controllate sul totale da controllare >= 5% (LEA)	Controlli sulle attività produttive	6	(n° aziende oggetto di ispezioni / N° aziende con almeno un dipendente) x 100	>=5%	80-90%	
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione del punto 3.7 PP07 Rete per le buone pratiche di salute e sicurezza del lavoro nelle attività agricole e zootecniche	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	6	Numero di aziende vigilate nel settore agro-zootecnico (target regionale 400 aziende)	40		
		Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali relativi al REACH/CLP	6	Numero di interventi di vigilanza effettuati su schede dati di sicurezza	50		
	Attuazione del punto 3.8 PP08 Piano Regionale Cancerogeni	Monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto	6	Vigilanza attività di bonifica amianto (Numero di cantieri ispezionati) / (n° piani + notifiche pervenute)	18%		
		Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali di valutazione del rischio da esposizione ad agenti cancerogeni incluso amianto	6	Numero di aziende vigilate che predispongono il registro degli esposti ad agenti cancerogeni (incluso amianto) in esito al DVR	+15% rispetto al 2015		
		Realizzazione di uno Sportello informativo anche attraverso strumenti informatici, per ex esposti ad agenti cancerogeni	6	Attivazione sportello informativo (NUMERO VERDE SOS AMIANTO)	QUALITATIVO SI/NO		
	Attuazione del punto 3.7 PP07 Piano Edilizia	Percentuale di cantieri edili ispezionati rispetto ai cantieri notificati nell'annualità precedente. Percentuale calcolata sulla base delle notifiche pervenute e con un tetto massimo fissato a 60 cantieri annuali ogni TdP. Gli interventi edilizi dovuti al 110% ha fatto aumentare esponenzialmente il numero delle notifiche.	10	(Numero cantieri edili ispezionati)/(Numero dei cantieri edili notificati ex Art. 99 D.Lgs.81/08 nell'anno precedente)	16%		
	Verifica congruenza della sorveglianza sanitaria	6	Numero aziende edili vigilate per la sorveglianza Sanitaria	50			
Attuazione del punto 3.8 PP08 Piano Regionale per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico	Percentuale di aziende LEA vigilate per rischio MSK nell'annualità di riferimento	6	Numero di aziende LEA vigilate per rischio MSK nell'annualità di riferimento	50			
Attuazione del punto 3.8 PP08 Prevenzione del rischio da stress lavoro correlato e promozione del benessere Organizzativo	Numero di aziende LEA vigilate per Rischio SLC nell'annualità di Riferimento	6	Numero di aziende LEA vigilate per rischio SLC nell'annualità di riferimento	40			
Adempimenti amministrativi previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e da ulteriore normativa in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro e dell'ambiente art. 18 c.1 lett. Q e del D.Lgs 105/2015. Legge regionale n. 9/2017 e s.m.i.	Attuazione adempimenti amministrativi	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 art. 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.	6	(n° procedimenti attivati/n° procedimenti richiesti) x100	100%	80-99,99%	
Adempimenti di cui al protocollo d'intesa tra Procura/ASL/INAIL/DTL del 12/03/2013.	Attuazione adempimento di P.G.	Inchieste per malattie professionali e infortuni su delega dalla Procura	6	(n° inchieste ricevute dalla Procura / n° inchieste eseguite) x 100	100%	80-99,99%	
Informazione e formazione in materia di igiene e sicurezza sul lavoro	Corsi di formazione richiesti o attivati di iniziativa e rivolti alle parti sociali, RLS, datori di lavoro, lavoratori preposti	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.	6	n° corsi di formazione attivati / n°corsi programmati	100%	80-99,99%	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi. Attivazione del sistema informativo regionale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Garanzia dell'equilibrio economico -finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

1 / 1

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIREZIONE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SPESAL SUD_DOTT. ACHILLE ABATE		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Adempimento LEA - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	Percentuali unità locali controllate sul totale da controllare >= 5% (LEA)	Controlli sulle attività produttive	6	(n° aziende oggetto di ispezioni / N° aziende con almeno un dipendente) x 100	>=5%	80-90%	
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione del punto 3.7 PP07 Rete per le buone pratiche di salute e sicurezza del lavoro nelle attività agricole e zootecniche	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	6	Numero di aziende vigilate nel settore agro-zootecnico (target regionale 400 aziende)	40		
		Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali relativi al REACH/CLP	6	Numero di interventi di vigilanza effettuati su schede dati di sicurezza	50		
	Attuazione del punto 3.8 PP08 Piano Regionale Cancerogeni	Monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto	6	Vigilanza attività di bonifica amianto (Numero di cantieri ispezionati) / (n° piani + notifiche pervenute)	18%		
		Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali di valutazione del rischio da esposizione ad agenti cancerogeni incluso amianto	6	Numero di aziende vigilate che predispongono il registro degli esposti ad agenti cancerogeni (incluso amianto) in esito al DVR	+15% rispetto al 2015		
		Realizzazione di uno Sportello informativo anche attraverso strumenti Informatici, per ex esposti ad agenti cancerogeni	6	Attivazione sportello Informativo (NUMERO VERDE SOS AMIANTO)	QUALITATIVO SI/NO		
	Attuazione del punto 3.7 PP07 Piano Edilizia	Percentuale di cantieri edili ispezionati rispetto ai cantieri notificati nell'annualità precedente. Percentuale calcolata sulla base delle notifiche pervenute e con un tetto massimo fissato a 60 cantieri annuali ogni TdP. Gli interventi edilizi dovuti al 110% ha fatto aumentare esponenzialmente il numero delle notifiche.	10	(Numero cantieri edili ispezionati)/(Numero dei cantieri edili notificati ex Art. 99 D.Lgs.81/08 nell'anno precedente)	16%		
		Verifica congruenza della sorveglianza sanitaria	6	Numero aziende edili vigilate per la sorveglianza Sanitaria	50		
Attuazione del punto 3.8 PP08 Piano Regionale per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico		6	Percentuale di aziende LEA vigilate per rischio MSK nell'annualità di riferimento	50			
Attuazione del punto 3.8 PP08 Prevenzione del rischio da stress lavoro correlato e promozione del benessere Organizzativo	6	Numero di aziende LEA vigilate per Rischio SLC nell'annualità di Riferimento	6	Numero di aziende LEA vigilate per rischio SLC nell'annualità di riferimento	40		
Adempimenti amministrativi previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e da ulteriore normativa in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro e dell'ambiente art. 18 c.1 lett. Q e del D.Lgs 105/2015. Legge regionale n. 9/2017 e s.m.i.	Attuazione adempimenti amministrativi	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 art. 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.	6	(n° procedimenti attivati/n° procedimenti richiesti) x100	100%	80-99,99%	
Adempimenti di cui al protocollo d'intesa tra Procura/ASL/INAIL/DTL del 12/03/2013.	Attuazione adempimento di P.G.	Inchieste per malattie professionali e infortuni su delega dalla Procura	6	(n° Inchieste ricevuto dalla Procura / n° inchieste eseguite) x 100	100%	80-99,99%	
Informazione e formazione in materia di igiene e sicurezza sul lavoro	Corsi di formazione richiesti o attivati di iniziativa e rivolti alle parti sociali, RLS, datori di lavoro, lavoratori preposti	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.	6	n° corsi di formazione attivati / n°corsi programmati	100%	80-99,99%	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi. Attivazione del sistema informativo regionale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6 c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	

Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

*REDAZIONE DI TURNO CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SIAV A NORD Dott. Giovanni Tortorella		SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Prevenzione Sanità Veterinaria - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Attuazione Piano Locale dei controlli in esecuzione del Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina	10	% di allevamenti bovini controllati per TBC su allevamenti soggetti a controllo nell'anno di riferimento	100%		
		MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015	10	% di allevamenti controllati per brucellosi su allevamenti soggetti a controllo nell'anno di riferimento	100%		
		ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana	10	% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06 % controllo sierologico sui 20% degli allevamenti di ogni Comune in capi di età > di 24 mesi per ogni anno per cinque anni al fine di monitorare il 100% degli allevamenti in cinque anni per mantenere la qualifica di Regione Indenne	3%		
Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria (DGR 387/2019 e s.m.i. in riferimento al Reg. U.E. 2017/625) - Attuazione ulteriori attività	Numero di controlli previsti per attuazione Piano di controllo per la Leucosi Bovina enzootica	Piano di controllo per la Leucosi Bovina enzootica	5		99%	90% - 98,99%	
	Numero di interventi previsti in caso di focolaio di Blue Tongue	Vigilanza, verifica e attuazione di misure sanitarie in caso di focolaio - Posizionamento di una trappola per culicoidi in un allevamento sentinella per ogni macroarea (Nord e Sud)	5	Qualitativo SI / NO	SI		
	Numero di interventi previsti per attuazione Piano di selezione Genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini	Attuazione Piano di selezione Genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini	6	% Controllo genetico dei maschi da rimonta tramite prelievi di sangue intero in EDTA e relativi atti	100%	95% - 99,99%	
	Numero di interventi previsti per attuazione Piano di controllo per la paratubercolosi bovina	Attuazione Piano di controllo per la paratubercolosi bovina	6	% controllo clinico delle mandrie, registrazione della classificazione in BDN e blocco della movimentazione in caso di casi clinici di paratubercolosi bovina	90%	85% - 89,99%	
	Interventi ad hoc per attuazione sorveglianza passiva suini per Peste Suina Africana in esecuzione di disposizioni nazionali e regionali	Sorveglianza passiva suini per Peste Suina Africana in esecuzione di disposizioni nazionali e regionali	6	% di controlli ufficiali svolti in riscontro a segnalazioni		95% - 99,99%	
	Attuazione Piano Nazionale integrato di sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu	Attuazione Piano Nazionale integrato di sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu	6	Esecuzione di disposizioni regionali	99%	90% - 98,99%	
	Numero di interventi previsti per attuazione Piano di nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli	Attuazione Piano di nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli	6	Sopralluoghi e prelievi di matrici organiche per il monitoraggio della presenza di salmonella sp.p. in allevamenti commerciali di ovaiole con registrazione degli esiti in BDN. Conseguenti attività di vigilanza.	99%	95% - 98,99%	
Numero di interventi previsti per attuazione Piano di sorveglianza nazionale Aethina tumida	Attuazione Piano di sorveglianza nazionale Aethina tumida	6	Applicazione del protocollo dell'esame clinico su tre (3) alveari come riportato nella nota del Ministero della Salute DGSAF 20069P del 01/10/2014	99%	95% - 98,99%		
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025 - DGR 22 dicembre 2021, n. 2198	Esecuzione interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	6	% di interventi effettuati/Interventi previsti	> 95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per il Direttore Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanka TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE								
Prevenzione Sanità Veterinaria - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Attuazione Piano Locale dei controlli in esecuzione del Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina	10	% di allevamenti bovini controllati per TBC su allevamenti soggetti a controllo nell'anno di riferimento	100%			
		MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015	10	% di allevamenti controllati per brucellosi su allevamenti soggetti a controllo nell'anno di riferimento	100%			
		ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana	10	% di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	3%			
Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria (DGR 387/2019 e s.m.i. in riferimento al Reg. U.E. 2017/625) - Attuazione ulteriori attività	Numero di controlli previsti per attuazione Piano di controllo per la Leucosi Bovina enzootica	Piano di controllo per la Leucosi Bovina enzootica	5	% controllo sierologico sul 20% degli allevamenti di ogni Comune in capi di età > di 24 mesi per ogni anno per cinque anni al fine di monitorare il 100% degli allevamenti in cinque anni per mantenere la qualifica di Regione Indenne	99%	90% - 98,99%		
		Numero di interventi previsti in caso di focolaio di Blue Tongue	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Numero di interventi previsti per attuazione Piano di selezione Genetica per la resistenza alla scrapie classica degli ovini	6	% Controllo genetico dei maschi da rimonta tramite prelievi di sangue intero in EDTA e relativi atti	100%	95% - 99,99%		
		Numero di interventi previsti per attuazione Piano di controllo per la paratubercolosi bovina	6	% controllo clinico delle mandrie, registrazione della classificazione in BDN e blocco della movimentazione in caso di casi clinici di paratubercolosi bovina	90%	85% - 89,99%		
		Interventi ad hoc per attuazione sorveglianza passiva suini per Peste Suina Africana in esecuzione di disposizioni nazionali e regionali	6	% di controlli ufficiali svolti in riscontro a segnalazioni		Garantire la copertura di tutti i controlli ufficiali, necessari per la gestione della Sorveglianza passiva per segnalazione di suini morti o moribondi. 100% delle segnalazioni notificate al Servizio	95% - 99,99%	
		Attuazione Piano Nazionale integrato di sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu	6	Esecuzione di disposizioni regionali	99%	90% - 98,99%		
		Numero di interventi previsti per attuazione Piano di nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli	6	Sopralluoghi e prelievi di matrici organiche per il monitoraggio della presenza di salmonella sp.p. in allevamenti commerciali di ovaiole con registrazione degli esiti in BDN. Conseguenti attività di vigilanza.	99%	95% - 98,99%		
Numero di interventi previsti per attuazione Piano di sorveglianza nazionale Aethina tumida	6	Applicazione del protocollo dell'esame clinico su tre (3) alveari come riportato nella nota del Ministero della Salute DGSAF 20069P del 01/10/2014	99%	95% - 98,99%				
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025 - DGR 22 dicembre 2021, n. 2198	Esecuzione interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	6	% di interventi effettuati/interventi previsti	> 95%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

Per la Direzione Generale
AVV. Stefano ROSSI
 AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonia BRUNO
 AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Dipartimento
 AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE DIPARTIMENTO

Il Direttore di U.O.C.
 AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE DI U.O.C.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI
 AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SIAV B_NORD_DOTT. SERGIO DE PASCALI		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Prevenzione e Sicurezza Alimentare - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti - Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria Numero di controlli ufficiali eseguiti/ numero controlli ufficiali programmati nel PLC	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)	Raggiungimento valore target per 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)	10	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	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	Raggiungimento valore target per 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	10	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	100%		
	Numero dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di residui di fitosanitari in alimenti in attuazione del DM 23 dicembre 1992 / n° dei controlli previsti dalla programmazione regionale	Raggiungimento valore target per 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	10	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	100%		
Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria (DGR 387/2019 e s.m.i. in riferimento al Reg. U.E. 2017/625) - Attuazione ulteriori attività	Numero di controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli	Raggiungimento valore target stabilito dal Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli.	2	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	rispetto dei campioni previsti PRC per gli ovini mentre per i caprini la percentuale dei campioni attuabili attesa è 61% considerata l'incertezza del numero dei caprini > 18 mesi inviati al macello	40% - 60%	
	Numero di controlli programmati dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari Ministero della Salute	Raggiungimento valore target programmato dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari Ministero della Salute.	3	% di attuazione del Piano Controlli Programmati dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari Ministero della Salute.	>=95%	90% - 94,99%	
	Numero di controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale per la sorveglianza e controllo dell'anemia infettiva degli equidi	Raggiungimento valore target stabilito dal Piano Nazionale per la sorveglianza e controllo dell'anemia infettiva degli equidi	3	% campioni equidi nazionali presentati alla macellazione.	100%	95% - 99,99%	
	Numero dei controlli non programmabili	Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	3	% di controlli ufficiali svolti in riscontro a segnalazioni	Garantire la copertura di tutti i controlli ufficiali, necessari per la gestione dei Sistemi di Allerta afferenti agli alimenti di Origine Animale. 100% delle pratiche notificate al Servizio	95% - 99,99%	
		Esecuzione di controlli ufficiali ad hoc su richiesta di altre Autorità/Amministrazioni/Enti	3	% di controlli ufficiali effettuati/totali delle richieste di intervento pervenute	85%	70% - 84,99%	
Prevenzione e Sicurezza Alimentare - Esecuzione di ispezioni e audit su OSA	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	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	10	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	20%		
	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	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	20	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	33%		
Attività istruttoria Riconoscimento Reg. CE 853/04	Numero di pratiche per il Riconoscimento (bollo CE) delle attività produttive, relativamente ai prodotti di origine animale	Attività tecnico istruttoria in relazione alle pratiche per il Riconoscimento (bollo CE) delle attività produttive, relativamente ai prodotti di origine animale	2	% di attuazione delle richieste di riconoscimento.	Garantire l'istruttoria degli Stabilimenti Origine Animale e loro prodotti . 100% delle pratiche notificate al Servizio	97% - 99,99%	
Implementazione dello standard di funzionamento attività di C.U. in materia di sicurezza degli Alimenti e Sanità Pubblica Veterinaria Accordo Stato Regioni 7/2/2013.	Numero di attività relative a monitoraggio, revisione e verifica dell'efficacia delle attività relative ai Controlli Ufficiali	Attività di verifica dell'efficacia. a) tramite verifica periodica di una percentuale significativa di verbali ispezione, check -list ecc. elaborati dal personale preposto ai C.U.; b) valutazione sul campo, verifica sul campo, su base annuale	3	% di attività effettuate su quelle previste	100%	97% - 99,99%	
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 - 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione disposizioni regionali previste nel Piano Regionale della Prevenzione -	Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	5	% di interventi effettuati/interventi previsti	>95%		
Sicurezza dei lavoratori e qualità dei servizi	Garanzia della sicurezza degli operatori e della qualità dei servizi nelle missioni critiche (dove sono stati registrati episodi di minacce, etc)	Progetto con monitoraggio di audio/video durante le ispezioni nelle sedi più critiche in accordo con l'autorità giudiziaria	2	n. progetti	1		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	1	Qualitativo SI / NO	SI		

equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	1	Qualitativo SI / NO	SI	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE						
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G D.LGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA						
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI	

*REDAZIONE DI VOUCHER CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
 *ATTESTAZIONE DEI TABULATI MENSILI DI SERVIZIO AI FINI DELLA LIQUIDAZIONE

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SIAV B SUD_DOTT. ANTONIO VERGARI		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Prevenzione e Sicurezza Alimentare - Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti – Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria Numero di controlli ufficiali eseguiti/ numero controlli ufficiali programmati nel PLC	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)	Raggiungimento valore target per 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)	10	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	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	Raggiungimento valore target per 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	10	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	100%		
	Numero dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di residui di fitosanitari in alimenti in attuazione del DM 23 dicembre 1992 / n° dei controlli previsti dalla programmazione regionale	Raggiungimento valore target per 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	10	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	100%		
Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria (DGR 387/2019 e s.m.l. in riferimento al Reg. U.E. 2017/625) – Attuazione ulteriori attività	Numero di controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli	Raggiungimento valore target stabilito dal Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli.	3	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	rispetto dei campioni previsti PRC per gli ovini mentre per i caprini la percentuale dei campioni attuabili attesa è 61% considerata l'incertezza del numero dei caprini > 18 mesi inviati al macello	40% - 60%	
	Numero di controlli programmati dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari Ministero della Salute	Raggiungimento valore target programmato dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari Ministero della Salute.	3	% di attuazione del Piano Controlli Programmati dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari Ministero della Salute.	>=95%	90% - 94,99%	
	Numero di controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Piano Nazionale per la sorveglianza e controllo dell'anemia infettiva degli equidi	Raggiungimento valore target stabilito dal Piano Nazionale per la sorveglianza e controllo dell'anemia infettiva degli equidi	3	% campioni equidi nazionali presentati alla macellazione.	100%	95% - 99,99%	
	Numero dei controlli non programmabili	Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	3	% di controlli ufficiali svolti in riscontro a segnalazioni	Garantire la copertura di tutti i controlli ufficiali, necessari per la gestione dei Sistemi di Allerta afferenti agli alimenti di Origine Animale. 100% delle pratiche notificate al Servizio	95% - 99,99%	
		Esecuzione di controlli ufficiali ad hoc su richiesta di altre Autorità/Amministrazioni/Enti	3	% di controlli ufficiali effettuati/totale delle richieste di intervento pervenute	85%	70% - 84,99%	
Prevenzione e Sicurezza Alimentare - Esecuzione di ispezioni e audit su OSA	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	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	10	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	20%		
	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	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	20	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti	33%		
Attività istruttoria Riconoscimento Reg. CE 853/04	Numero di pratiche per il Riconoscimento (bollo CE) delle attività produttive, relativamente ai prodotti di origine animale	Attività tecnico istruttoria in relazione alle pratiche per il Riconoscimento (bollo CE) delle attività produttive, relativamente ai prodotti di origine animale	3	% di attuazione delle richieste di riconoscimento.	Garantire l'istruttoria degli Stabilimenti Origine Animale e loro prodotti . 100% delle pratiche notificate al Servizio	97% - 99,99%	
Implementazione dello standard di funzionamento attività di C.U. in materia di sicurezza degli Alimenti e Sanità Pubblica Veterinaria Accordo Stato Regioni 7/2/2013.	Numero di attività relative a monitoraggio, revisione e verifica dell'efficacia delle attività relative ai Controlli Ufficiali	Attività di verifica dell'efficacia. a) tramite verifica periodica di una percentuale significativa di verbali ispezione, check -list ecc. elaborati dal personale preposto ai C.U.; b) valutazione sul campo, verifica sul campo, su base annuale	3	% di attività effettuate su quelle previste	100%	97% - 99,99%	
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.l., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione disposizioni regionali previste nel Piano Regionale della Prevenzione -	Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	5	% di interventi effettuati/interventi previsti	>95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano con contestate indicazioni	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	1	Qualitativo SI / NO	SI		



equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	1	Qualitativo SI / NO	SI	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE						
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA						
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI	

*REDAZIONE DI TURNI CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO
 *ATTESTAZIONE DEI TABULATI MENSILI DI SERVIZIO AI FINI DELLA LIQUIDAZIONE

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SIAV C NORD_DOTT. DANIELE TONDO		SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE								
Attuazione del Piano di Controllo 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, prescrizione per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari (DGR 78/2023)	Numero di controlli ispettivi eseguiti/ numero controlli ispettivi programmati nel PLC	Attività di controllo sull'alimentazione animale (PNA)	12	% di attuazione dei controlli e dei campionamenti del Piano Nazionale Alimentazione Animale	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	14	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%			
		Controlli benessere animale negli allevamenti, durante il trasporto e al macello	12	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%			
		Controlli allevamenti indirizzo produttivo latte (Reg. CE 852 e 853)	12	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%			
		Controlli allevamenti indirizzo produttivo Uova (Reg. CE 852 e 853)	12	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%			
		Controlli piano farmacosorveglianza in allevamento bovino, ovino e caprino	12	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%			
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione disposizioni regionali previste nel Piano Regionale della Prevenzione -	Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	8	% di interventi effettuati/interventi previsti	>95%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

*REDAZIONE DI TURNI CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

100

*ATTESTAZIONE DEI TABELLARI MENSILI DI SERVIZIO AI FINI DELLA LIQUIDAZIONE

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: SIAV C SUD_DOTT. QUINTINO SABATO		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Attuazione del Piano di Controllo Pluriennale (PCR) e rispetto delle relative frequenze di Controllo Ufficiale stabilite in materia di alimenti, mangimi, salute animale, sottoprodotti di origine animale, benessere degli animali, prescrizione per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari (DGR 78/2023)	Numero di controlli ispettivi eseguiti/ numero controlli ispettivi programmati nel PLC	Attività di controllo sull'alimentazione animale (PNA)	12	% di attuazione dei controlli e dei campionamenti del Piano Nazionale Alimentazione Animale	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	14	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%		
		Controlli benessere animale negli allevamenti, durante il trasporto e al macello	12	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%		
		Controlli allevamenti indirizzo produttivo latte (Reg. CE 852 e 853)	12	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%		
		Controlli allevamenti indirizzo produttivo Uova (Reg. CE 852 e 853)	12	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%		
		Controlli piano farmacosorveglianza in allevamento bovino, ovino e caprino	12	% di controlli ufficiali svolti su controlli previsti dal PLC 2023	100%		
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Attuazione disposizioni regionali previste nel Piano Regionale della Prevenzione -	Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	8	% di interventi effettuati/interventi previsti	>95%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

* REDAZIONE DI TURNI CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

* ATTESTAZIONE DEI TURNI LAVORATI MENSILI DI SERVIZIO AI FINI DELLA LIQUIDAZIONE

* PIANO DI PROGESSIVO ACCENTRAMENTO DEL SERVIZIO IN ACCORDO CON IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO: RIDUZIONE DA 5 A 3 SEDI

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di U.O.C.

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

DIREZIONE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE ASL LECCE_DOTT. ALBERTO FEDELE		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
Attuazione Obiettivi Regionali relativi al Dipartimento di Prevenzione	Monitoraggio dei LEA di competenza del Dipartimento di Prevenzione attraverso i relativi indicatori	Monitoraggio e verifica dell'attuazione delle attività svolte dalle UU.OO.CC. ai fini dell'attuazione dei LEA di competenza, attraverso almeno una riunione su base annuale della Direzione del Dipartimento con UU.OO.CC. e Coordinatore G.d.L. "Q.&A."	10	Qualitativo SI / NO	SI		
Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria	Adozione Delibera della Direzione Generale relativa al Piano Locale dei Controlli Ufficiali per il 2023	Garanzia di partecipazione alle attività di programmazione in ambito regionale da parte di dipendenti del Dipartimento di Prevenzione	4	Qualitativo SI / NO	SI		
		Coordinamento attività delle competenti UU.OO.CC., SIAV A, SIAV B, SIAV C, SIAN ai fini della formalizzazione della Pianificazione / Programmazione dei Controlli Ufficiali nei termini temporali previsti dall'A.C.R. (adozione da parte della Direzione Strategica della Delibera relativa al Piano Locale dei Controlli entro la data stabilita dal Servizio Regionale di Sicurezza Alimentare e Sanità Veterinaria)	11	Qualitativo SI / NO	SI		
		Monitoraggio e verifica dell'attuazione delle attività di controllo ufficiale ai fini dell'adozione tempestiva delle eventuali azioni correttive P.L.C. che si rendano necessarie e loro comunicazione all'A.C.R. con almeno una riunione su base annuale della Direzione del Dipartimento con UU.OO.CC. SIAV A, SIAV B, SIAV C, SIAN e Coordinatore G.d.L. "Q. & A." ai fini del Riesame	10	Qualitativo SI / NO	SI		
		Gestione banca dati OSA soggetti pagamento D.Lgs. n. 32/2021 con almeno una riunione su base annuale della Direzione del Dipartimento con UU.OO.CC. SIAV A, SIAV B, SIAV C, SIAN e Referente G.d.L. "Q. & A." ai fini della Rendicontazione prevista	4	Qualitativo SI / NO	SI		
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Adozione adempimenti per l'attuazione degli interventi previsti dal Piano Regionale della Prevenzione per il 2023	Garanzia di partecipazione alle attività di programmazione in ambito regionale da parte di dipendenti del Dipartimento di Prevenzione	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Approvazione documenti preliminari alla programmazione e attuazione in sede locale degli adempimenti previsti dal P.R.P.	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Attuazione in sede locale degli adempimenti regionali, coordinamento attività, loro monitoraggio e partecipazione attiva da parte delle strutture coinvolte con almeno una riunione su base annuale della Direzione del Dipartimento con UU.OO.CC. e Coordinatore G.d.L. "Q. & A."	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Monitoraggio e verifica dell'attuazione delle attività previste dal Piano Attuativo Aziendale del Piano Regionale della Prevenzione con almeno una riunione su base annuale della Direzione del Dipartimento con UU.OO.CC. e Coordinatore G.d.L. "Q. & A."	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Schema di accordo quadro per la collaborazione istituzionale tra la Regione Puglia, gli Enti del SSR e gli Enti che partecipano alla prevenzione e alla promozione della salute per il perseguimento di finalità proprie del SSR (DGR 171/2023)	Adozione adempimenti per l'attuazione degli accordi previsti per il 2023	Autorizzazione allo svolgimento attività per il personale del Dipartimento di Prevenzione	1	Qualitativo SI / NO	SI		
Riorganizzazione delle attività in termini di ottimizzazione delle risorse	Centralizzazione e integrazione dei servizi	Riorganizzazione in centralizzazione e integrazione dei servizi afferenti al Dipartimento, con omogeneizzazione degli orari di servizio per le singole aree di afferenza	3	Qualitativo SI / NO	SI		
		Creazione di pool omogenee di disponibilità professionale con possibilità di assegnazioni temporanee a garanzia della continuità assistenziale	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	4	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	3	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	

Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Corretta gestione del fondo economale	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati (DGR 1584/2019)	Qualitativo SI / NO	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - gestionali	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, alla ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico finanziari di bilanci concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Perseguimento degli obiettivi assistenziali e gestionali assegnati dalla direzione strategica aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
	Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di Macrostruttura e coordinamento Piani Formativi UU.OO.CC.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piani interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE: U.O.S.D. Articolazione Provinciale ASL Lecce del Centro di Osservazione Monitoraggio degli Infortuni di Lavoro e delle Malattie Professionali (COMIMP)_ DOT. GIUSEPPE CAZZATO		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	RANGE ACCETTABILITA' (80% del peso)	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE							
<p>Adempimento LEA - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro</p> <p>Deliberazione di Giunta Regionale 2/8/2017 n. 1288 "Centro di Osservazione e Monitoraggio degli Infortuni sul Lavoro e delle Malattie Professionali (COMIMP) della Regione Puglia. Approvazione Disciplina e modalità di funzionamento."</p>	Partecipazione ai controlli sulle attività produttive	Partecipazione ai controlli sulle attività produttive su disposizione del Direttore U.O.C.	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		
	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.	Assicurare la corretta e completa alimentazione dei sistemi informativi nonché l'elaborazione dei dati a livello locale	6	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori	SI		
	Garantire l'implementazione a livello locale dei sistemi di sorveglianza promossi dal centro di coordinamento regionale	Garantire l'implementazione a livello locale dei sistemi di sorveglianza promossi dal centro di coordinamento regionale	6	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori	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.	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.	6	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori	SI		
	Effettuare indagini specifiche su problemi di rilevanza locale	Effettuare indagini specifiche su problemi di rilevanza a livello locale, che tengano conto delle specificità dei territori delle due macro Aree Nord e Sud, attraverso la collaborazione delle relative Direzioni di U.O.C., in modo da garantire l'uniforme applicazione dei criteri, degli indirizzi operativi, degli obiettivi stabiliti	6	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori	SI		
	Collaborare alla progettazione, alla realizzazione e alla valutazione degli interventi sanitari	Progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi sanitari	6	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori			
	Collaborare alla realizzazione delle attività di confronto e di audit delle prestazioni erogate dai Servizi di Prevenzione sul territorio	Partecipazione attiva ad almeno 80% delle riunioni	6	N. partecipazione a riunioni su totale di riunioni convocate	≥ 80%		
	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	Partecipazione alle attività di formazione e informazione sui rischi professionali indicate dal centro di coordinamento regionale e promozione di analoghe iniziative a livello locale su aspetti di specifico interesse provinciale	6	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori			
	Fornire consulenza alle UU.OO. e Servizi della ASL per gli aspetti di competenza	Consulenza alle UU.OO. e Servizi della ASL per gli aspetti di competenza	6	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori			
	Fornire supporto alle attività degli Organismi Provinciali di cui all'art. 2, c. 3 del D.P.C.M. 21/12/2007	Supporto alle attività degli Organismi Provinciali di cui all'art. 2, c. 3 del D.P.C.M. 21/12/2007	7	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori			
	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	Predisposizione della relazione annuale delle attività e rapporti scientifici relativi ai dati provinciali e forniscono gli elementi per la pianificazione delle attività locali al Centro di Coordinamento	7	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori			
	Partecipare alle attività previste dal COMIMP di livello regionale	Partecipazione, per la parte di competenza, alle attività previste dal COMIMP di livello regionale	7	Report a cadenza almeno annuale comprovanti il raggiungimento dell'obiettivo e attraverso le eventuali valutazioni formalizzate dai livelli gerarchicamente superiori			
<p>Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)</p>	Attuazione del punto 3.7 PP07 Rete per le buone pratiche di salute e sicurezza del lavoro nelle attività agricole e zootecniche	Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., all'attività volta ad assicurare la corretta e completa alimentazione dei sistemi informativi nonché l'elaborazione dei dati a livello locale	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		
		Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., all'attività volta alla realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali relativi al REACH/CLP	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		
		Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., all'attività volta al monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		
	Attuazione del punto 3.8 PP08 Piano Regionale Cancerogeni	Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., all'attività volta alla realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali di valutazione del rischio da esposizione ad agenti cancerogeni incluso amianto	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		
		Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., all'attività volta alla realizzazione di uno Sportello informativo anche attraverso strumenti informatici, per ex esposti ad agenti cancerogeni	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		
	Attuazione del punto 3.7 PP07 Piano Edilizia	Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., ad attività di ispezione su cantieri edili	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		
		Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., ad attività di verifica congruenza della sorveglianza sanitaria	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		
	Attuazione del punto 3.8 PP08 Piano Regionale per l'emersione e la prevenzione delle patologie dell'apparato muscoloscheletrico	Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., ad attività di vigilanza aziende LEA per rischio MSK nell'annualità di riferimento	1	Qualitativo (SI / NO)	SI		

	Attuazione del punto 3.8 PP08 Prevenzione del rischio da stress lavoro correlato e promozione del benessere Organizzativo	Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., ad attività di vigilanza aziende LEA per rischio SLC nell'annualità di riferimento	1	Qualitativo (SI / NO)	SI	
Adempimenti amministrativi previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e da ulteriore normativa in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro e dell'ambiente art. 18 c.1 lett. Q e del D.Lgs 105/2015. Legge regionale n. 9/2017 e s.m.i.	Attuazione adempimenti amministrativi	Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., all'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 art. 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.	1	Qualitativo (SI / NO)	SI	
Adempimenti di cui al protocollo d'intesa tra Procura/ASL/INAIL/DTL del 12/03/2013.	Attuazione adempimento di P.G.	Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., alle inchieste per malattie professionali e infortuni su delega dalla Procura	1	Qualitativo (SI / NO)	SI	
Informazione e formazione in materia di igiene e sicurezza sul lavoro	Corsi di formazione richiesti o attivati di iniziativa e rivolti alle parti sociali, RLS, datori di lavoro, lavoratori preposti	Partecipazione, su disposizione del Direttore U.O.C., ad 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	1	Qualitativo (SI / NO)	SI	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI						
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto, per la parte di competenza, di tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi. Attivazione del sistema informativo regionale	3	Qualitativo SI / NO	SI	
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	3	Qualitativo SI / NO	SI	
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	3	Qualitativo SI / NO	SI	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE						
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.C./U.O.S	3	Qualitativo SI / NO	SI	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA						
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative, ove applicabili, sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI	

*REDAZIONE DI TURNO CON TRASMISSIONE AL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Dirigente Responsabile di U.O.S.D.

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, ivi comprese quelle erogate presso il Presidio Sanitario della Casa Circondariale di Lecce, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	TOT. 155.000 PRESTAZIONI ESCLUSI RADIOLOGIA E LABORATORIO COMPATIBILMENTE CON LE RISORSE ASSEGNATE -	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 6D gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	% prestazioni ricolocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Gestione delle agende per priorità e presa in carico	60% per prime visite UBDP e 40% per Controlli e presa in carico delle cronicità da Piano Nazionale Cronicità			
		Qualitativo SI / NO			SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Governo e gestione delle risorse	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Giencologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	7	Attuazione del DM 77 e del PNRR conformemente alle linee regionali di attuazione	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presa in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriale previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DEL FARMACO								

Handwritten signature and initials.

Handwritten signature and initials.

30

Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni			
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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 .	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI			
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6; c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		

rispetto degli obblighi in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piani interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Distretto

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	TOT. 75.000 prestazioni compatibilmente con le risorse assegnate	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	% prestazioni ricollocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	Gestione delle agende per priorità e presa in carico	60% per prime visite UBDP e 40% per Controlli e presa in carico delle cronicità da Piano Nazionale Cronicità			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Governo e gestione delle risorse	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Ginecologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	7	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presa in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriale previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL 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 (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		

Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni			
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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.	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI			
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto del PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

Per
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI
 AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Distretto

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	Tot. 85.000 prestazioni compatibilmente con le risorse assegnate Bj Bj	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	% prestazioni ricolocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	Gestione delle agende per priorità e presa in carico	60% per prime visite UBDP e 40% per Controlli e presa in carico delle cronicità da Piano Nazionale Cronicità			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Governo e gestione delle risorse	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Ginecologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	7	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presa in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriale previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relata al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019		revisione organizzativa del PAI del pz con impegno assistenziale in prestazione aggiuntiva	
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL 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 (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%	
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni		
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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 .	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.		
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente		
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI		
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente	
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE

Avv. Stefano ROSSI
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY
Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento

Ono Eyr

Il Direttore di Distretto

Ono Eyr

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	<i>TOT. 83.000 prestazioni compensate con le risorse assegnate.</i>	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	% prestazioni ricolocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	Gestione delle agende per priorità e presa in carico	60% per prime visite UBDP e 40% per Controlli e presa in carico delle cronicità da Piano Nazionale Cronicità			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Governo e gestione delle risorse	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Giencologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	7	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presenza in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSO Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriali previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL 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 (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤ 165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		

Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite / pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni		
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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.	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.		
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente		
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI		
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente	
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Distretto

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	Tot. 35.000 prestazioni compatibilmente con le risorse assegnate <i>[Signature]</i>	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	% prestazioni ricollocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	Gestione delle agende per priorità e presa in carico	60% per prime visite UBDP e 40% per Controlli e presa in carico delle cronicità da Piano Nazionale Cronicità			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Governo e gestione delle risorse	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Giencologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	Attuazione del DM 77 e del PNRR conformemente alle linee regionali di attuazione	7	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presa in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriale previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL 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 (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		

[Signature]

Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%	
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni		
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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.	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.		
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente		
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI		
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente	
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	TOT. 55.000 PRESTAZIONI COMPATIBILMENTE CON LE RISORSE ASSEGNATE D. M. M. M. C. C.	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	% prestazioni ricollocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	Gestione delle agende per priorità e presa in carico	60% per prime visite UBDP e 40% per Controlli e presa in carico delle cronicità da Piano Nazionale Cronicità			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Governo e gestione delle risorse	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Ginecologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	7	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presa in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriale previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL 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 (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤ 165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		

C. M. M. C.

Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%	
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni		
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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.	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.		
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici Iperprescrittori.	Incremento su anno precedente		
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI		
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente	
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per l'AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

Per l'AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY
 Per l'AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Distretto

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	TOT 72000 prestazioni compatibilmente con le risorse assegnate	seeley Th
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	% prestazioni ricollocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	Gestione delle agende per priorità e presa in carico	60% per prime visite UBDP e 40% per Controlli e presa in carico delle cronicità da Piano Nazionale Cronicità			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Qualitativo SI / NO	SI			
		Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI	
Governo e gestione delle risorse	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Ginecologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	7	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presenza in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriali previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL DIPARTIMENTO DEL FARMACO								
Attuazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤ 165 euro			
		Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%	

seeley

Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni			
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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 .	2	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			

Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI

SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI			
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili				

Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA

Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI			

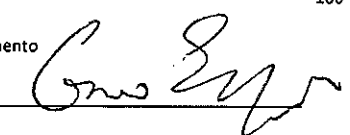
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE

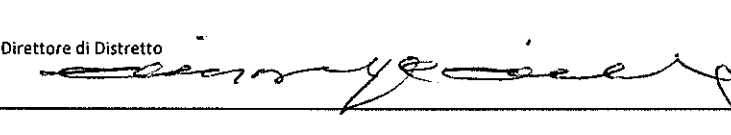
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		

Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA

Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			
--	---------------------	--	---	---------------------	----	--	--	--

UFFICIO SANITARIA LOCALITÀ
 DIRETTORE GENERALE
 DIRETTORE SANITARIA LOCALITÀ
 DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento


Il Direttore di Distretto


OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	TOT. 45.000 prestazioni compatibilmente con le risorse assegnate. Mh. Oro	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	% prestazioni ricollocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	Gestione delle agende per priorità e presa in carico	60% per prime visite UBDP e 40% per Controlli e presa in carico delle cronicità da Piano Nazionale Cronicità			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Qualitativo SI / NO	SI			
		Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Giencologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	7	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presa in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriale previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			

Oro Mh

	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL 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 (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni			
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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 .	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI			
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			

Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

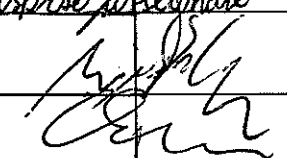
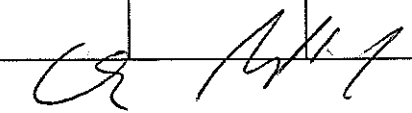
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Distretto

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019). (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	Tot. 35.000 prestazioni complessivamente con le risorse assegnate - 	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	% prestazioni ricolocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task	2	Qualitativo SI / NO	SI			
		Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO		
Governo e gestione delle risorse	Qualitativo SI / NO	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Ginecologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di	7	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presenza in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriale previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL 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 (DGR 1487/2019). Riconduzione	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤ 165 euro			

verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019), rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta	N° contestazioni di addebito alla			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni			
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su	Miglioramento su anno			
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI			
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi		
Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
		Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Distretto

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali, in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	3	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%	TOT. 35.000 prestazioni Compatibilmente con le risorse assegnate.	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Riassegnazione funzionale delle prestazioni prenotate sul sistema con codice di priorità P al di sopra dei tempi previsti per la priorità (120 gg) nelle agende esclusive dedicate ai Controlli	3	N. pazienti cronici gestiti mediante agende dedicate	> 50% dei cronici della popolazione di riferimento (eventualmente rilevati secondo criteri di farmacoepidemiologia)			
		Garanzia della pubblicazione integrale delle agende con ottimizzazione delle risorse	3	% prestazioni ricolocate nelle liste dei Controlli con liberazione degli spazi per le prestazioni in priorità UBD	30%			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Qualitativo SI / NO	SI			
		Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	2	Qualitativo SI / NO	SI	
Governo e gestione delle risorse	Attuazione degli indirizzi regionali e nazionali di riferimento	Interazione sovraordinata con i Dipartimenti di riferimento nella gestione della committenza territoriale (Cardiologia, Pneumologia, Diabetologia ed endocrinologia, Giencologia, Riabilitazione)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attuazione del DM 77 e del PNRR conformemente alle linee regionali di attuazione	5	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Presenza in carico pazienti con patologie croniche sul territorio	2	Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409			
	Riduzione della incidenza % dei parti cesarei su totale parti	Attuazione interventi programmati per il Percorso Nascita aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI (Indicatore previsto PNRR)	3	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 7,06%	≥ 5%		
	Garantire le cure domiciliari	Supportare il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura all'UOSD Coordinamento delle Cure Domiciliari	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	Garantire la costituzione delle strutture e dei servizi territoriali previste dalla programmazione regionale in accordo con l'Assistenza Primaria	Garantire la costituzione delle AFT in accordo con MMG	2	Costituzione delle AFT previste dalla programmazione regionale	100%			
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Incremento / mantenimento del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	2	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Valutazione Multidimensionale relativa al PAI tramite UVM come da Regolamento n. 4 e N. 5 del 2019			
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili	Partecipazione alla programmazione socio-sanitaria di ambito	2	Qualitativo SI / NO	SI			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	2	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	≥ 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA - NOTA: INTERAZIONE FUNZIONALE CON LE STRUTTURE AFFERENTI AL 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 (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	2	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
	Interazione con la Direzione Medica dell'E.E. Panico per rendicontare le prescrizioni intraospedaliere presenti nelle lettere di dimissioni e il loro inevitabile ribaltamento sulle prescrizioni territoriali alla dimissione del paziente	verifica dell'appropriatezza prescrittiva delle indicazioni di farmaci dei medici afferenti all'E.E. Panico	2	incontri con la Direzione Medica E E Panico	almeno 2			
Contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare entro il tetto assegnato dalla Regione	Rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per ossigenoterapia liquido domiciliare e attestazione dell'avvenuta adempimento quali-quantitativa degli obblighi informativi, con obiettivo minimo di riduzione nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	Monitoraggio mensile delle forniture da parte della Ditta autorizzata agli utenti	N° contestazioni di addebito alla Ditta fornitrice non conformi al piano terapeutico dei pazienti			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	1	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica mediante l'interazione con i medici prescrittori inseriti nell'Albo regionale dei prescrittori, anche di quelli afferenti all'E.E. Panico	1	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni			
Contenimento della spesa farmaceutica	Distribuzione diretta di farmaci previa analisi costo-efficacia	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	3	Distribuzione del primo ciclo di terapia per le prime diagnosi o dopo rivalutazione clinica di patologie inserite nel Piano Nazionale Cronicità	>80%			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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 .	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Regolare funzionalità della commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva.	3	N. contestazioni / controdeduzioni richieste ai medici iperprescrittori.	Incremento su anno precedente			
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	3	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITÀ DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Sensibilizzazione del MMG sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	1	Qualitativo SI / NO	SI			
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	2	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	>98%	% > anno precedente		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	2	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Servizi Informativi Aziendali		
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			

Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni, attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziati telematici CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori - CORRETTA E AGGIORNATA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI SERVIZI E LAVORI	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	2	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

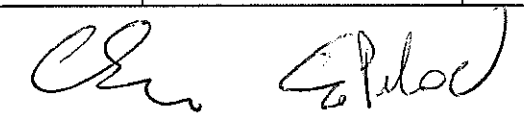
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Distretto

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Percorsi aziendali di prossimità al paziente	Approvazione e attuazione di percorso aziendale per le cure palliative a domicilio confermente ai piani attuativi regionali e alle norme nazionali di riferimento	Garantire la prossimità delle cure palliative anche al domicilio del paziente, al fine di garantire una migliore qualità della cura ed evitare ricorsi impropri al P.S.	10	n. progetti	1			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione dell'assistenza domiciliare	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Incremento presa in carico domiciliare dei pazienti in cure palliative	2	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	D% anno 2023-2022 ≥ 2%			
	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	2	N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1			
	Indice di occupazione della rete cure palliative (Hospice e Associazioni di Volontariato)	occupazione posti letto in Hospice e utilizzo del budget assegnato alle Ass. di Volontariato	6	occupazione posti letto in Hospice	≥ 90%			
Qualificazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative a domicilio o in hospice/numero deceduti per causa di tumore (NSG_D30Z)	Miglioramento dell'efficacia della Rete nella presa in carico dei pazienti terminali fino al termine della loro vita	10	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	> 35%			
	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni / numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (NSG_D32Z)	Riduzione del numero di ricoveri di durata inferiore a 7 giorni, fatti salvi i casi in cui si verifichi la continuità della cura dal domicilio all'Hospice	10	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica	< 25%			
Appropriatezza clinica e gestionale	Appropriatezza accessi hospice	Valutazione delle accettazioni negli Hospice accreditati presenti nel territorio aziendale, ivi compreso l'Hospice dell'E.E. Panico	10	100%				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Contenimento costi	Controllo e verifica	Controllo e verifica dei costi per farmaci e dispositivi medici utilizzati negli hospice accreditati e convenzionati	4	100%				
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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 .	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili				
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		



anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) aziendale	Prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAX

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Distretto

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività a domicilio dei pazienti eleggibili in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	15	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 90% < 100%		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Governo delle cure domiciliari	Garantire il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura con il supporto dei DSS	Garantire il coordinamento delle cure domiciliari anche in riferimento alle attività garantite dalle Ditte incaricate dei servizi di ADI di III livello	12	n. casi verificati/ n. casi in affidamento alle ditte	> 90%			
		Garantire il coordinamento delle cure domiciliari, con particolare riguardo alle assistenze a più alta intensità di cura attraverso percorsi assistenziali condivisi ovvero valutazione e revisione dei casi, nel rispetto delle disposizioni regionali e aziendali in materia	12	n. casi verificati/ n. casi trattati	> 90%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani > 65 anni in ADI	6	Anziani assistiti in ADI (%)	> 7,06%	> 5%		
	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) (Nuovo Sistema di Garanzia_D22Z)	Miglioramento dell'offerta del servizio di assistenza domiciliare per pazienti trattati in cure domiciliari integrate differenziate per i diversi livelli di intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	6	Numero di pazienti trattati in ADI * 1.000 abitanti	Incremento su anno precedente			
	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3) (Nuovo Sistema di Garanzia_D23Z)	Miglioramento dell'offerta delle cure domiciliari integrate distinte per intensità assistenziale	6	Prese in carico domiciliari integrate distinte per intensità assistenziale (CIA 1, CIA 2, CIA 3)/ popolazione residente * 1.000 ab.	Incremento su anno precedente			
	Implementazione di servizi di prossimità	Realizzazione di una rete aziendale per area vasta di ambulatori specialistici per l'impianto di dispositivi venosi a medio-lungo termine e refill delle pompe di baclofene, anche con aggiornamento della Rete Aziendale	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Attivazione di percorsi di telemedicina	Monitoraggio in telemedicina dei pazienti assistiti nei vari setting terapeutici (ADI III livello o residenziali) interagendo con la S.O. di Telemedicina di nuova attivazione	3	attivazione progetto telemedicina	1			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	2	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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 .	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Monitoraggio delle attività	Monitoraggio degli interventi e delle attività	Elaborazione e trasmissione alla Direzione Sanitaria Aziendale di Report degli interventi e delle attività per il monitoraggio degli obiettivi previsti nella presente scheda	5	report mensili				
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione e aggiornamento dei fabbisogni di risorse per i servizi territoriali nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								

Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	formazione del personale per procedure avanzate	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Distretto

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE CSM di LECCE_DR.SSA TIZIANA DE DONATIS		SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali con riferimento a proprio bacino di utenza	14	Numero assistiti presso i DSM per 1000 residenti	≥ 10,82		ESTENSIONE DI SERVIZIO H12 ALMENO 3 GIORNI/SETTIMANA, FERMO RESTANDO LA DISPONIBILITA' DI PERSONALE	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C_D.M. 12/03/2019)	Presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	5	% presa in carico utenti in corso di ricovero	100%			
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C_D.M. 12/03/2019)	Ridurre Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	5	% di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C_D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	5	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Integrazione dei servizi territoriali e degli Enti pubblici	Integrazione dei servizi territoriali e degli Enti pubblici nella gestione del paziente clandestino e/o con difficoltà comunicative, attraverso la mediazione culturale	Progetto di mediazione culturale in accordo con il Comune di Lecce per il CSM di Lecce e per il CSM di Campi Salentina	3	n. progetto	1			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	% scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)	Migliorare la qualità dei percorsi di riabilitazione psicosociale	3	% compilazione scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)/Utenti inseriti in percorsi risbilitativi	100%			
	Degenza media	Migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle strutture residenziali a gestione diretta	3	degenza media=GD/n° ricoverati	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Percentuale occupazione p.l.		3	% occupazione p.l.	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Media degli accessi in regime semiresidenziale	Migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo dei Centri Diurni a gestione diretta	3	media accessi = totale accessi / n° utenti inseriti	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Percentuale occupazione posti		3	% occupazione posti (Numero accessi reali / Numero accessi teorici * 100)	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	Rispetto delle disposizioni aziendali per gli accordi contrattuali con strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate	3	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione psichiatrica	100%			
	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale	3	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Miglioramento Performance anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								

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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	3	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITÀ, TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE CSM di CAMPI_DR.SSA PAOLA CALO'		SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali con riferimento a proprio bacino di utenza	11	Numero assistiti presso i DSM per 1000 residenti	≥ 10,82			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C _D.M. 12/03/2019)	Presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	5	% presa in carico utenti in corso di ricovero	100%			
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C _D.M. 12/03/2019)	Ridurre Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	5	% di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C _D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	5	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Integrazione dei servizi territoriali e degli Enti pubblici	Integrazione dei servizi territoriali e degli Enti pubblici nella gestione del paziente clandestino e/o con difficoltà comunicative, attraverso la mediazione culturale	Progetto di mediazione culturale in accordo con il Comune di Lecce per il CSM di Lecce e per il CSM di Campi Salentina	3	n. progetto	1			
Valutazione epidemiologica	Valutazione epidemiologica della prevalenza e dell'incidenza della patologia psichiatrica nel DSS di competenza	Progetto/Studio per valutazione epidemiologica della prevalenza e dell'incidenza della patologia psichiatrica nel DSS di competenza in accordo con UOSE e/o con Società scientifiche di riferimento	3	n.progetto/studio	1			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	% scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)	Migliorare la qualità dei percorsi di riabilitazione psicosociale	3	% compilazione scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)/Utenti inseriti in percorsi risbililitativi	100%			
	Degenza media	Migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle strutture residenziali a gestione diretta	3	degenza media=GD/n° ricoverati	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Percentuale occupazione p.l.		3	% occupazione p.l.	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Media degli accessi in regime semiresidenziale	Migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo dei Centri Diurni a gestione diretta	3	media accessi = totale accessi /n° utenti inseriti	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Percentuale occupazione posti		3	% occupazione posti (Numero accessi reali / Numero accessi teorici * 100)	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	Rispetto delle disposizioni aziendali per gli accordi contrattuali con strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	3	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione psichiatrica	100%			
	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale	3	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% <19,9%		

Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Miglioramento Performance anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	3	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Alcune iniziative 30/05/23

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE UOC CSM di NARDO' - GALATINA_DOTT. ELIO SERRA				SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali con riferimento a proprio bacino di utenza	17	Numero assistiti presso i DSM per 1000 residenti	≥ 10,82			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C_D.M. 12/03/2019)	Presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	5	% presa in carico utenti in corso di ricovero	100%			
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C_D.M. 12/03/2019)	Ridurre Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	5	% di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C_D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	5	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	% scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)	Migliorare la qualità dei percorsi di riabilitazione psicosociale	7	% compilazione scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)/Utenti inseriti in percorsi riabilitativi	100%			
	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	Rispetto delle disposizioni aziendali per gli accordi contrattuali con strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate	7	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione psichiatrica	100%			
	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale	7	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% <19,9%		
Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Miglioramento Performance anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	3	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		

Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

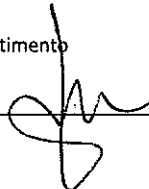
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

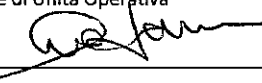
Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento



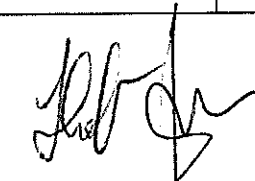
Il Direttore di Unità Operativa



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE CSM di CALIMERA-MAGLIE-POGGIARDO_DOTT. SALVATORE CALO'				SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali con riferimento a proprio bacino di utenza	9	Numero assistiti presso i DSM per 1000 residenti	≥ 10,82			
Ottimizzazione delle risorse e garanzia dei servizi	Ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse e dei servizi	Progressiva centralizzazione su un'unica sede: CSM Maglie	5	Progressiva centralizzazione pazienti afferenti ai DSS di riferimento sul CSM sede di Maglie, in maniera coordinata e congiunta	Unico CSM presso Maglie entro il 31.12.2023			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C_D.M. 12/03/2019)	Presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	5	% presa in carico utenti in corso di ricovero	100%			
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C_D.M. 12/03/2019)	Ridurre Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	5	% di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C_D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	5	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM ed anche in accordo con il Dipartimento Dipendenze Patologiche	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Integrazione interdipartimentale per il trattamento e la gestione della doppia diagnosi	Progetto di riabilitazione ed integrazione del paziente giovane con doppia diagnosi	3	riduzione del numero di recidive	Miglioramento anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	% scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)	Migliorare la qualità dei percorsi di riabilitazione psicosociale	7	% compilazione scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)/Utenti inseriti in percorsi risabilitativi	100%			
	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	Rispetto delle disposizioni aziendali per gli accordi contrattuali con strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate	7	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione psichiatrica	100%			
	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale	7	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% <19,9%		
Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Miglioramento Performance anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	3	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		



Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piani interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE UOC CSM di CASARANO - GALLIPOLI_Dott.ssa Fontò Stefania Leonilda				SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali con riferimento a proprio bacino di utenza	12	Numero assistiti presso i DSM per 1000 residenti	≥ 10,82			
Ottimizzazione delle risorse e garanzia dei servizi	Ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse e dei servizi	Progressiva centralizzazione su un'unica sede: CSM Casarano	5	Progressiva centralizzazione pazienti afferenti al DSS di Gallipoli sul CSM di Casarano e centralizzazione dei pazienti afferenti ad altri DSS presso i CSM di riferimento, in maniera coordinata e congiunta	Unico CSM presso Casarano entro il 31.12.2023			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1; c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C _D.M. 12/03/2019)	Presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	5	% presa in carico utenti in corso di ricovero	100%			
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C _D.M. 12/03/2019)	Ridurre Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	5	% di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C _D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	5	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	% scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)	Migliorare la qualità dei percorsi di riabilitazione psicosociale	7	% compilazione scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)/Utenti inseriti in percorsi riabilitativi	100%			
	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	Rispetto delle disposizioni aziendali per gli accordi contrattuali con strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	7	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione psichiatrica	100%			
	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale	7	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% <19,9%		
Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Miglioramento Performance anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	3	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								

Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRASCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali con riferimento a proprio bacino di utenza	12	Numero assistiti presso i DSM per 1000 residenti	≥ 10,82			
Ottimizzazione delle risorse e garanzia dei servizi	Ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse e dei servizi	Progressiva centralizzazione su un'unica sede: CSM Gagliano del Capo	5	Progressiva centralizzazione pazienti afferenti al DSS di Gagliano sul CSM di Gagliano e centralizzazione dei pazienti afferenti ad altri DSS presso i CSM di riferimento, in maniera coordinata e congiunta	Unico CSM presso Gagliano del Capo (Tricase) entro il 31.12.2023			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C_D.M. 12/03/2019)	Presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	5	% presa in carico utenti in corso di ricovero	100%			
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C_D.M. 12/03/2019)	Ridurre Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	5	% di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C_D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	5	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	% scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)	Migliorare la qualità dei percorsi di riabilitazione psicosociale	7	% compilazione scale cliniche e di funzionamento (BPRS, MMSE, FPS, SF36, SAL, questionario gradimento utenti e familiari)/Utenti inseriti in percorsi risabilitativi	100%			
	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	Rispetto delle disposizioni aziendali per gli accordi contrattuali con strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	7	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione psichiatrica	100%			
	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale	7	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% <19,9%		
Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Miglioramento Performance anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	3	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		

Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE SERVIZIO DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE_DR.SSA LUCIA MARGIOTTA				SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali con riferimento a proprio bacino di utenza	12	Numero assistiti in carico per 1000 residenti < 18 anni	Mantenim. / Miglioram. Performance anno precedente			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti (Cod. D29C_D.M. 12/03/2019)	Ridurre Tasso ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione minorenni	18	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti	Mantenim. / Miglioram. Performance anno precedente			
	Attuazione delle disposizioni regionali e aziendali in termini di offerta ospedaliera	Attivazione di 12 p.l. di NPI presso il PO di Galatina con integrazione delle risorse nell'ambito del DSM	3	Attuazione delle procedure per l'attivazione e l'accreditamento entro il 31.12.2023	SI			
Gestione Autismo	Garantire la formazione del personale nei metodi di riferimento per la gestione e il trattamento dell'autismo	Garantire la formazione del personale	5	Formazione di almeno 3 operatori esperti in metodo ABA (2 psicologi e 1 NPI)	3 operatori formati entro il 31.12.2023			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	Rispetto delle disposizioni aziendali per gli accordi contrattuali con strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	3	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione psichiatrica	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Diminuzione della spesa farmaceutica acquisiti diretti	DGR 7 marzo 2022, n. 314, Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito dalla D.G.R. 314/2022 e nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	6	Riduzione della spesa su anno precedente	Riduzione del 20% su anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	5	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	9	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	9	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	9	Qualitativo SI / NO	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	8	riduzione di almeno il 10% del budget complessivo dei privati-accreditati per la gestione del paziente autistico	< 10%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		

ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko DEDESCHI

M. Di Marco

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA LECCE_DR. SERAFINO DE GIORGI			SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Attuazione piano regionale per il governo dei tempi di attesa	Rispetto obiettivi previsti dal piano regionale	Predisporre ed attuare il Piano delle attività, ambulatoriali e in regime di ricovero, per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	20	Volumi di prestazioni erogati/ volumi programmati	100%	≥ 90% < 100%	ATTIVAZIONE DI TUTTI P.L. PREVISTI DAL R.R. 14/2020	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione Tasso ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne favorendo la presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	7	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	7	Percentuale di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C _D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	7	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	7	Degenza media ricoveri ordinari	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Cod. H04Z _D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatezza	7	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21			
	Assistenza al paziente bariatrico	Linea assistenziale assicurata ai pazienti candidati alla chirurgia bariatrica	2	consulenza dei pazienti inviati dalla chirurgia bariatrica	100%			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM ed anche in accordo con il Dipartimento Dipendenze Patologiche	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
	Integrazione interdipartimentale per il trattamento e la gestione della doppia diagnosi	Progetto di riabilitazione ed integrazione del paziente giovane con doppia diagnosi	3	riduzione del numero di recidive	Miglioramento anno precedente			
	Qualitativo SI / NO	Gestione integrata delle emergenze-urgenze, attraverso un pool di disponibilità dipartimentale nell'ambito della rete degli SPDC	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	6	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% <19,9%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	6	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								

Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano/interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE UOC SPDC di SCORRANO_DOTT. FRANCESCO MACRI'			SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Attuazione piano regionale per il governo dei tempi di attesa	Rispetto obiettivi previsti dal piano regionale	Predisporre ed attuare il Piano delle attività, ambulatoriali e in regime di ricovero, per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	14	Volumi di prestazioni erogati/ volumi programmati	100%	≥ 90% < 100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione Tasso ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne favorendo la presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	9	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente				
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	9	Percentuale di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente				
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C _D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	9	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente				
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	9	Degenza media ricoveri ordinari	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente				
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. 8 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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	9	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato 8 Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21				
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM ed anche in accordo con il Dipartimento Dipendenze Patologiche	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI				
	Integrazione interdipartimentale per il trattamento e la gestione della doppia diagnosi	Progetto di riabilitazione ed integrazione del paziente giovane con doppia diagnosi	3	riduzione del numero di recidive	Miglioramento anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	6	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% < 19,9%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	4	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	6	Qualitativo SI / NO	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	6	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT			




ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
*VERIFICA FATTIBILITA' PRONTA DISPONIBILITA' INTERPRESIDIO SPDC CASARANO - SCORRANO NELLE MORE DEL POTENZIAMENTO DEL PERSONALE			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE UOC SPDC di CASARANO_Dott. PICCINI GIUSEPPE			SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Attuazione piano regionale per il governo dei tempi di attesa	Rispetto obiettivi previsti dal piano regionale	Predisporre ed attuare il Piano delle attività, ambulatoriali e in regime di ricovero, per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	17	Volumi di prestazioni erogati/ volumi programmati	100%	≥ 90% < 100%	APERTURA DEI 15 P.L. PREVISTI DAL R.R.14/2020, PREVIO ACCREDITAMENTO, AL 31.12.2023	
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione Tasso ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne favorendo la presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	9	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	Mantenim./Miglioram. Performance anno precedente			
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	9	Percentuale di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim./Miglioram. Performance anno precedente			
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C_D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	9	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim./Miglioram. Performance anno precedente			
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	9	Degenza media ricoveri ordinari	Mantenim./Miglioram. Performance anno precedente			
	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Cod. H042_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatezza	9	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	≤ 0,21			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	6	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% < 19,9%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	6	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

*VERIFICA PATTIBILITA' PRONTA DISPONIBILITA' INTERPRESIDIO SPDC OSPEDALIERO ASSISTENZA LOCALI DEL CENSIMENTO DEL PERSONALE 100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE UOC SPDC di GALATINA_ DOTT. DARIO CARROZZINI			SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Attuazione piano regionale per il governo dei tempi di attesa	Rispetto obiettivi previsti dal piano regionale	Predisporre ed attuare il Piano delle attività, ambulatoriali e in regime di ricovero, per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	14	Volumi di prestazioni erogati/ volumi programmati	100%	≥ 90% < 100%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. D26C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione Tasso ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne favorendo la presa in carico dei pazienti in corso di ricovero da parte del CSM competente per territorio	9	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente				
	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria (Cod. D27C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione Tasso ricoveri ripetuti in psichiatria popolazione maggiorenne	9	Percentuale di re-ricoveri (reingressi in SPDC) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente				
	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente (Cod. D28C _D.M. 12/03/2019)	Contenere Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.	9	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente				
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	9	Degenza media ricoveri ordinari	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente				
	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	9	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	≤ 0,21				
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM ed anche in accordo con il Dipartimento Dipendenze Patologiche	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI				
	Integrazione interdipartimentale per il trattamento e la gestione della doppia diagnosi	Progetto di riabilitazione ed integrazione del paziente giovane con doppia diagnosi ovvero progetto per individuazione di strategie psicoeducative in ambito familiare con gestione integrata e condivisa CSM-SPDC	3	riduzione del numero di recidive	Miglioramento anno precedente				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA									
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	6	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% <19,9%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	4	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	6	Qualitativo SI / NO	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	6	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									

[Handwritten signatures]

Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

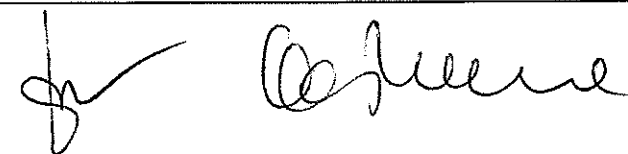
Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE CENTRO DISTURBI ALIMENTARI_DR.SSA CATERINA RENNA				SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti con disturbi alimentari mediante appropriati percorsi assistenziali ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	16	Numero utenti presi in carico	Mantenim. /Miglioram. Performance anno precedente			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dei servizi e qualificazione ospedaliera	Valutazione della fattibilità di implementazione delle strutture presso il PO di Galatina	Verifica di fattibilità per la attivazione delle strutture di riferimento (residenza intensiva, residenza extraospedaliera) presso il PO di Galatina	3	progetto di fattibilità	1			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera (in regime di day hospital)	Tasso di ospedalizzazione (in regime di day hospital) per soggetti con disturbo della nutrizione e dell'alimentazione in rapporto alla popolazione residente maggiorenne (Cod. 026C_D.M. 12/03/2019) e popolazione residente minorenni	Presa in carico dei pazienti in corso di ricovero (in regime di day hospital) da parte di altri servizi competenti per territorio quando presenti comorbidità psichiatriche, mediche o particolari necessità socio sanitarie e sociali	15	% presa in carico utenti in corso di ricovero (in regime di day hospital)	100%			
Garanzia dell'integrazione di rete, anche ospedale-territorio, nell'ambito del DSM	Qualitativo SI / NO	Elaborare percorsi diagnostico-assistenziali in ambito della rete psichiatrica del DSM	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE								
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	% scale cliniche e di funzionamento somministrate a utenti e familiari (compreso questionario gradimento)	Migliorare la qualità dei percorsi di riabilitazione psicosociale	8	% compilazione scale cliniche e di funzionamento somministrate a utenti e familiari (compreso questionario gradimento)/Utenti inseriti in percorsi riabilitativi	100%			
	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	Rispetto delle disposizioni aziendali per gli accordi contrattuali con strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate	8	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione psichiatrica	100%			
	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale	8	Verifica dei Piani Terapeutico-riabilitativi personalizzati per utenti in riabilitazione psichiatrica residenziale e diurna	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	riduzione > 10% <19,9%		
Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari/brevetto scaduto sui consumi totale dei farmaci	Miglioramento Performance anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	3	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								



Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio GRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti detenuti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti detenuti con patologie psichiatriche con appropriati percorsi assistenziali	30	Volumi di prestazioni erogati/ volumi programmati	100%	≥ 90% < 100%		
Attuazione del protocollo operativo regionale	Qualitativo SI / NO	Garantire le indicazioni del protocollo operativo, con particolare riguardo all'appropriatezza clinica e alla sicurezza delle cure	20	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Diminuzione della spesa farmaceutica acquisiti diretti	DGR 7 marzo 2022, n. 314, Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito dalla D.G.R. 314/2022 e nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	Riduzione della spesa su anno precedente	Riduzione del 20% su anno precedente			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	5	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	9	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	9	Qualitativo SI / NO	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni per assistenza riabilitativa residenziale e semiresidenziale	8	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

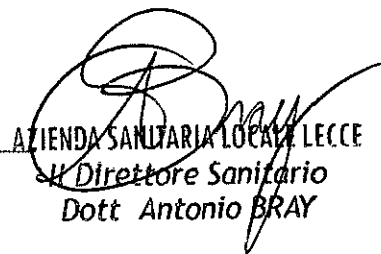
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con dipendenze patologiche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e definizione esiti	Rispetto degli indirizzi regionali	Miglioramento della capacità attrattiva e di presa in carico dei servizi	10	N° utenti presi in carico	100%	≥ 90% < 100%	Utenti in carico n. 880 + Utenti carcere 450	583
		Appropriatezza dell'offerta	10	Definizione dei programmi terapeutici individualizzati	100%	≥ 90% < 100%		198
		Efficacia del piano terapeutico residenziale	8	Totali inserimento residenziali/N° Pazienti con percorso residenziale superiore ai tre mesi	> 60%			781
		Implementazione screening patologia infettiva correlata	5	Aumento screening effettuati rispetto all'anno precedente	> 10%			450
		Interazione con gli altri servizi coinvolti nel trattamento	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche	5	N. progetti	≥ 3			
		Collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per inserimento sociale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Potenziare le attività diagnostiche e clinico terapeutiche (Centro GAP)	5	% protocolli diagnostici	≥ 50%					
Macro-area obiettivo: APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli E.E. e gli IRCCS	% Ricoveri controllati / Totale ricoveri (Valore variabile per tipologia di assistenza)	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture e private insistenti sul territorio aziendale	6	N° piano terapeutici verificati/N° utenti inseriti in comunità	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	3	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR. 78/2023)	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	8	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

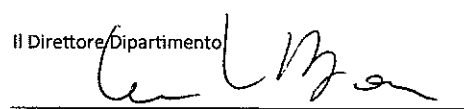
95

Per la Direzione Generale

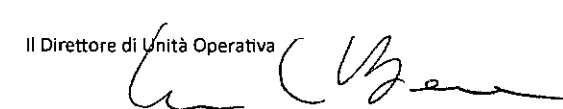
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI


AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento



Il Direttore di Unità Operativa



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI



DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE SEZIONE DIPARTIMENTALE DI CASARANO			SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con dipendenze patologiche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e definizione esiti	Rispetto degli indirizzi regionali	Miglioramento della capacità attrattiva e di presa in carico dei servizi	10	N° utenti presi in carico	100%	≥ 90% < 100%	Utenti in carico n. 800	
		Appropriatezza dell'offerta	10	Definizione dei programmi terapeutici individualizzati	100%	≥ 90% < 100%		
		Efficacia del piano terapeutico residenziale	8/15	Totali inserimento residenziali/N° Pazienti con percorso residenziale superiore ai tre mesi	> 60%			
		Implementazione screening patologia infettiva correlata	6	Aumento screening effettuati rispetto all'anno precedente	> 10%			
		Interazione con gli altri servizi coinvolti nel trattamento	6	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche	6	N. progetti	≥ 2			
		Collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per inserimento sociale	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Potenziare le attività diagnostiche e clinico terapeutiche (Centro GAP)	6	% protocolli diagnostici	≥ 50%					
Macro-area obiettivo: APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli E.E. e gli IRCCS	% Ricoveri controllati / Totale ricoveri (Valore variabile per tipologia di assistenza)	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture e private insistenti sul territorio aziendale	6	N° piano terapeutici verificati/N° utenti inseriti in comunità	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE) in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 502/92)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	3	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Rapporti con gli erogatori privati	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	8	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESEO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con dipendenze patologiche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e definizione esiti	Rispetto degli indirizzi regionali	Miglioramento della capacità attrattiva e di presa in carico dei servizi	10	N° utenti presi in carico	100%	≥ 90% < 100%	Utenti in carico n. 889	
		Appropriatezza dell'offerta	10	Definizione dei programmi terapeutici individualizzati	100%	≥ 90% < 100%		
		Efficacia del piano terapeutico residenziale	8	Totali inserimento residenziali/N° Pazienti con percorso residenziale superiore ai tre mesi	> 60%			
		Implementazione screening patologia infettiva correlata	5	Aumento screening effettuati rispetto all'anno precedente	> 10%			
		Interazione con gli altri servizi coinvolti nel trattamento	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche	5	N. progetti	≥ 3			
		Collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per inserimento sociale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Progetto di educazione sanitaria target adolescenti in ambito scolastico	5	Nr Progetti	≥ 1			
Potenziare le attività diagnostiche e clinico terapeutiche (Centro GAP)	5	% protocolli diagnostici	≥ 50%					
Macro-area obiettivo: APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli E.E. e gli IRCCS	% Ricoveri controllati / Totale ricoveri (Valore variabile per tipologia di assistenza)	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture e private insistenti sul territorio aziendale	6	N° piano terapeutici verificati/N° utenti inseriti in comunità	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	3	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	8	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimentale

[Firma]

Il Direttore di Unità Operativa

[Firma]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE U.O.S.V.D. DOPPIA DIAGNOSI		SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Governo della domanda e Definizione esiti (relazione trimestrale)	Rispetto degli indirizzi regionali	Sviluppo e adeguamento delle capacità di presa in carico globale del paziente comorbide	6	N° utenti presi in carico	100%	≥ 90% < 100%	Utenti in carico n. 230	
		Sviluppo di programmi integrati di trattamento del paziente comorbide secondo appropriatezza ed efficacia	6	N° prestazioni differenziate erogate / N° Trattamenti	100%	≥ 90% < 100%		
		Verifica di efficacia di programmi terapeutico-riabilitativi di pazienti comorbidi trattati in ambiente controllato, residenziale e/o semiresidenziale	6	N° programmi residenziali e/o semiresidenziali / N° ritenzione in programma residenziale e/o semiresidenziale superiore ai tre mesi		> 60%		
		Integrazione e sviluppo delle risorse del territorio in attuazione del R.R. 10/2017 per una migliore specializzazione ed articolazione di programmi protetti per la doppia diagnosi	5	Si/No		Si		
		Implementazione dello screening per le patologie correlate e/o associate nella doppia diagnosi	5	Aumento screening effettuati rispetto all'anno precedente		>10%		
		Collaborazione e interazione con i servizi e le strutture socio-sanitarie aziendali, le agenzie territoriali coinvolte nella gestione dei casi clinici comorbidi	5	Qualitativo SI / NO		SI		
		Collaborazione con gli ambulatori territoriali di favore e strutturare interventi finalizzati alla riduzione del disagio e della marginalità, a sostegno dell'inserimento sociale	5	Qualitativo SI / NO		SI		
		Collaborazione e organizzazione attività di prevenzione primaria delle Dipendenze Patologiche e nello specifico rivolte al disagio e alle problematiche correlate alla comorbidità/Doppia Diagnosi	5	Qualitativo SI / NO		SI		
		Attività e interventi finalizzati al superamento dello stigma doppiamente condizionato non solo l'impatto sociale di una doppia diagnosi, ma anche l'accessibilità e la fruizione delle cure, le aspettative e la qualità di vita, il raggiungimento di utili livelli di benessere funzionale	5	Qualitativo SI / NO		SI		
Progetto di integrazione sanitaria con P.O. e DSS e DSM per indirizzo alla diagnosi precoce	5	Nr. Progetti		100%				
Favorire e facilitare l'attività di ricerca e sviluppo, attività di formazione e divulgazione del lavoro clinico e dei risultati	5	Qualitativo SI / NO		SI				
Macro-area obiettivo: APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli E.E. e gli IRCCS	% Ricoveri controllati / Totale ricoveri (Valore variabile per tipologia di assistenza)	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture e private insistenti sul territorio aziendale	6	N° piano terapeutici verificati/N° utenti inseriti in comunità	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, al fine di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2022)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	3	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
gestione o, in caso di certificazione di non-coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	8	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 19D/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Nr. Progetti	2%			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

200 Doppia diagnosi

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con dipendenze patologiche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e <u>definizione esiti</u>	Rispetto degli indirizzi regionali	Miglioramento della capacità attrattiva e di presa in carico dei servizi	10	N° utenti presi in carico	100%	≥ 90% < 100%	Utenti in carico n. 450	
		Appropriatezza dell'offerta	10	Definizione e pubblicazione dei programmi terapeutici individualizzati con atti deliberativi delle procedure	100%	≥ 90% < 100%	100%	
		Efficacia del piano terapeutico residenziale	10	Totali inserimento residenziali/N° Pazienti con percorso residenziale superiore ai tre mesi	> 60%		> 60%	
		Implementazione screening patologia infettiva correlata	7	Aumento screening epatite C effettuati rispetto all'anno precedente	> 10%		> 20%	
		Interazione con gli altri servizi coinvolti nel trattamento	7	Qualitativo SI / NO	SI		si	
		Attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche	7	N. progetti	≥ 1		≥ 2	
		Collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per inserimento sociale	7	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli E.E. e gli IRCCS	% Ricoveri controllati / Totale ricoveri (Valore variabile per tipologia di assistenza)	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture e private insistenti sul territorio aziendale	6	N° piano terapeutici verificati/N° utenti inseriti in comunità	100%		100%	
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	≥ 20%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	3	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		SI	
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		SI	
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	8	Qualitativo SI / NO	SI		SI	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		SI	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		SI	

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa

Yanko Tedeschi

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti con dipendenze patologiche con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e <u>definizione esiti</u>	Rispetto degli indirizzi regionali	Miglioramento della capacità attrattiva e di presa in carico dei servizi	10	N° utenti presi in carico	100%	≥ 90% < 100%	Utenti in carico n. 430	
		Appropriatezza dell'offerta	13	Definizione dei programmi terapeutici individualizzati	100%	≥ 90% < 100%		
		Efficacia del piano terapeutico residenziale	5	Totali inserimento residenziali/N° Pazienti con percorso residenziale superiore ai tre mesi	> 60%			
		Implementazione screening patologia infettiva correlata	5	Aumento screening effettuati rispetto all'anno precedente	> 10%			
		Interazione con gli altri servizi coinvolti nel trattamento	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche	5	N. progetto pilota di educazione sanitaria contro l'abuso di alcool in ambito scolastico o per le categorie a rischio	≥ 1			
		Collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per inserimento sociale	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Attivazione di un gruppo operativo interdisciplinare con P.O. di Galatina per l'integrazione clinica assistenziale nell'ambito delle patologie infettive	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Elaborazione di un PDTA sperimentale per la gestione del paziente cocainomane	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli E.E. e gli IRCCS	% Ricoveri controllati / Totale ricoveri (Valore variabile per tipologia di assistenza)	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture e private insistenti sul territorio aziendale	6	N° piano terapeutici verificati/N° utenti inseriti in comunità	100%			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	3	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	3	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Garanzia dell'equilibrio economico – finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	8	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		

ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE - UOSD RECUPERO E RIABILITAZIONE - PO SAN CESARIO - DOTT. DOMENICO TORALDO				SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in day hospital in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	18	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. ricoveri day hospital: 350	
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	18	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	4.000 prestazioni complessive	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	Omologazione delle liste con corrispondenza dei tempi alle LL.GG. ed indicazioni delle Società Scientifiche di riferimento	
		% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	3	% B ≥ 70% % D ≥ 70%				
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza	Qualitativo SI / NO	Integrazione multidisciplinare per il trattamento delle patologie di competenza (ad es. OSAS con ORL)	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Qualificazione assistenza	Implementazione della telemedicina in collaborazione con l'Università	Elaborazione di un progetto di telemedicina in collaborazione con Unisalento nell'ambito della convenzione sull'AI (Prof. De Nunzio - Prof. De Paolis)	6	n. progetto	1			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.l. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	Riduzione incidenza % consumi DM / Valore della produzione		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	6	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	6	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.l. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Toroldo

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE UOC STRUTTURA SOVRADISTRETTUALE DELLA RIABILITAZIONE_DOTT.SSA CRISTINA DEL PRETE		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023								
OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBBIETTIVO STRATEGICO	OBBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023		
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA										
Assicurare la presa in carico dei pazienti cronici e non autosufficienti con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Attuare le disposizioni di settore della Direzione Aziendale su volumi e appropriatezza della presa in carico dei pazienti con disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste	3	Utenti in carico in regime ambulatoriale su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda	8.500 utenti per 75.000 prestazioni complessive sugli utenti presi in carico			
			3	Utenti in carico in regime domiciliare su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda				
			3	Utenti in carico in regime semiresidenziale Riabilitazione Estensiva su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda				
			3	Utenti in carico in regime residenziale Riabilitazione Intensiva su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda		azzeramento della mobilità passiva ex art.26		
			3	Utenti in carico in regime residenziale Riabilitazione Estensiva su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda				
			3	Utenti in carico in regime residenziale Riabilitazione di Mantenimento su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda				
	Qualitativo SI / NO	Riorganizzazione con accentramento preferibilmente in ambiente ospedaliero del trattamento della casistica complessa	2	Qualitativo SI / NO	SI					
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle liste d'Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predispone ed attua il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	4	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	45.000 prestazioni per esterni			
			3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	Omologazione delle liste con corrispondenza dei tempi alle LL.GG. ed indicazioni delle Società Scientifiche di riferimento			
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%					
			3	Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	Qualitativo SI / NO	SI				
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI					
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE										
Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	Incremento presa in carico Anziani >65 anni in ADI	3	Integrazione PAI distrettuale per utenti in ADI con bisogni di riabilitazione	100%			Attività in integrazione con i DSS		
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	Adeguamento dell'offerta ai valori target definiti dalla Regione	3	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	≥ 0,50			Attività in integrazione con DSS e Area Sociosanitaria		
			3	Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	≥ 0,22					
			3	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati ai sensi dell'art. 8 quinquies d.lgs. n. 502/92 nel rispetto delle linee guida, dei fondi di remunerazione e degli schemi-tipo di accordi contrattuali approvati dalla Giunta regionale (DGR 78/2023)	Rispetto termini per sottoscrizione Accordi contrattuali con strutture sanitarie e sociosanitarie private accreditate ex Art. 26 L.833/78	3	Atti/determinazioni dirigenziali inserimento utenti in strutture convenzionate di riabilitazione fisica		100%	Controlli presso le Strutture Private Convenzionate: ridistribuire ed efficientare i controlli presso tutte le Strutture, prevalentemente su quelle periferiche con rotazione degli ispettori
			3	Rispetto criteri di ripartizione delle risorse (correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) stabiliti dalla Direzione Aziendale in ottemperanza agli indirizzi regionali	Qualitativo SI / NO	SI				
	Attivazione Presidi Territoriali	Attivazione del Presidio Territoriale di San Cesario con sala operativa per il monitoraggio e controllo dei piani riabilitativi e della spesa protesica e relativa tracciabilità	2	Qualitativo SI / NO	SI					
Appropriatezza e qualità delle cure	Medicina termale e riabilitazione	Elaborazione di un progetto di medicina termale riabilitativa	2	n. progetti	1					
			2	Integrazione complessiva dei percorsi assistenziali con il Dipartimento Ortopedico-Neurotraumatologico	Qualitativo SI / NO	SI				
			2	Attivazione della riabilitazione robotica su una popolazione di pazienti selezionati in telemedicina	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA										
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa procapite per assistenza protesica in raccordo con i Distretti Sociosanitari	5	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite / pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni		diffusione mensile dell'elenco aggiornato dell'albo dei prescrittori della Regione Puglia in accordo con i DSS e i Dipartimenti di riferimento - elaborazione di un progetto di protesi personalizzate custom made per il Dipartimento			
			5	Elaborazione di procedure interne dedicate alla prescrizione di protesi e ai prescrittori autorizzati di tutte le discipline per l'appropriatezza delle prescrizioni e l'ottimizzazione della spesa	n. procedure	>2	riduzione di almeno il 15% della spesa protesica annua			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI										
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%					
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI					
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA										
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF				
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI					
			5	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE										
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT				
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013				
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI					
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA										
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI					

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIREZIONE GENERALE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore di Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa

[Firma]

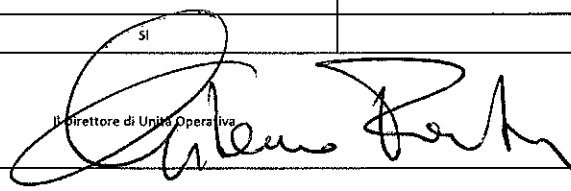
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019] (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	250 ricoveri con tasso di occupazione almeno 85%	
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	3.200 prestazioni complessive (supportare la UOSD del PO di Lecce per le consulenze interne)	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 30 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	Omologazione delle liste con corrispondenza dei tempi alle LL.GG. ed indicazioni delle Società Scientifiche di riferimento	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni Istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Implementazione delle disposizioni del R.R. 14/2020	Degenza media ricoveri ordinari	Contenimento degenza media	Estensione fino a 22 p.l. e progettazione di ampliamento fino a 40 p.l.	9	Degenza media per ricoveri di riabilitazione ortopedica	< = 30 gg	
				9	Degenza media per ricoveri di riabilitazione neurologica	< = 50 gg		
				9	Degenza media per ricoveri di riabilitazione respiratoria	< = 18 gg		
			4	Qualitativo SI / NO	SI		22 p.l. entro il 2023	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	6	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	6	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi e valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY
 Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO DI RIABILITAZIONE UOSD FONIATRICA E RIABILITAZIONE DISTURBI DELLA COMUNICAZIONE_DOTT. SALLUSTIO VINCENZO		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA Assicurare la presa in carico dei pazienti cronici e non autosufficienti con appropriati percorsi assistenziali domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali	Rispetto degli indirizzi regionali	Attuare le disposizioni di settore della Direzione Aziendale su volumi e appropriatezza della presa in carico dei pazienti con disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste	5	Utenti in carico in regime ambulatoriale su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda	250 PRI con 2.500 accessi ambulatoriali accessi domiciliari: 800	
			5	Utenti in carico in regime domiciliare su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda		
			5	Utenti in carico in regime semiresidenziale Riabilitazione Estensiva su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda		
			4	Utenti in carico in regime residenziale Riabilitazione Intensiva su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda		
			4	Utenti in carico in regime residenziale Riabilitazione Estensiva su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda		
			4	Utenti in carico in regime residenziale Riabilitazione di Mantenimento su 1000 residenti	100% della domanda	> 80% della domanda		
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'attesa (PRGLA) vigente (L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP) Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	10	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. prestazioni complessive: 4.350	
			3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 30 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		Omologazione delle liste con corrispondenza dei tempi alle LL.GG. ed indicazioni delle Società Scientifiche di riferimento e pubblicazione integrale delle agende con inizio alle ore 8 e termine delle visite 13.30
			3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			3	Progetto per gestione e trattamento acufeni	n. progetti	1		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE	Qualificazione assistenza territoriale	Anziani assistiti in ADI (%)	3	Incremento presa in carico in Assistenza Domiciliare	pz presi in carico in Assistenza Domiciliare	Incremento rispetto ad anno precedente		Attività in integrazione con i DSS
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica.	Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa procapite per assistenza protesica in raccordo con i Distretti Sociosanitari Elaborazione di una procedura standard per il contenimento della spesa protesica per audioprotesi, sia per i dispositivi impiantabili sia per quelli esterni, con particolare riferimento all'appropriatezza prescrittiva nel rinnovo protesesi	5	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni			
5			n. procedura	1				
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%			
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie			3	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	Qualitativo SI / NO	SI		
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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							
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF		
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto			Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario			Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	5	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
Antonio BRAY
 DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023	
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA									
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente (LR n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019) (DGR 1487/2019)(DGA 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre ed attuare il Piano delle attività di ricovero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	ATTIVAZIONE DI ALMENO 5 P.L. AL 31-08 E POI A SEGUIRE ATTIVAZIONE DEL 50% DEI P.L. PREVISTI DAL RR 14/20 AL 31-10 E DEL 100% AL 31-12 PREVIA PROCEDURA DI AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO		
		Predisporre ed attuare il Piano delle attività ambulatoriali in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	12	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%		1.200 CONSULENZE PER INTERNI A CURA DEL RESPONSABILE UOSD. COSTITUZIONE DI UN TEAM	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	3	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione	
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	3	% di prestazioni erogate entro il tempo massimo di attesa per le classi di priorità B e D	% B ≥ 70% % D ≥ 70%		
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologia prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'									
Qualificazione assistenza ospedaliera	Degenza media ricoveri ordinari	Contenimento degenza media	9	Degenza media per ricoveri di riabilitazione ortopedica	< = 30 gg				
			9	Degenza media per ricoveri di riabilitazione neurologica	< = 50 gg				
			9	Degenza media per ricoveri di riabilitazione respiratoria	< = 18 gg				
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
SANITA' DIGITALE - Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie. Diffusione e corretta gestione delle risorse strumentali e tecnologiche sanitarie	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata da medici specialisti	3	% ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	> 98%				
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	6	Equilibrio economico-finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	6	Equilibrio economico-finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT			
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI				

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRAY

Il Direttore di Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Coordinare e monitorare il Piano delle attività di ricovero delle UU OO del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. ricoveri (ordinari e dh): 26.000	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Coordinare e monitorare il Piano delle attività ambulatoriali delle UU OO e dei Servizi del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. day service: 12.500 - prestazioni ambulatoriali: 1.000.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto delle indicazioni regionali e aziendali in riferimento ai Piani di riordino ospedaliero vigenti (R.R. 14/2020)	Attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera nell'ambito del P.O. di competenza con attivazione dei p.l. previsti dagli atti di programmazione regionale e aziendale	Avvio delle procedure di accreditamento per l'attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	6	procedure avviate/procedure previste	>70%	50%-70%	792 p.l. previsti da RR 14/2020 (attivi 2022 605 p.l. ordinari e dh)	
	Qualitativo SI / NO	Monitoraggio delle attivazioni dei p.l. in ossequio alle schede di budget sottoscritte dai Direttori delle UU OO	2	Qualitativo SI / NO	SI	50%-70%		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda per le UU.OO. del Presidio	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Miglioramento della sicurezza delle cure e contenimento dei rischi	Proposta, approvazione e/o recepimento di procedure aziendali o intraospedaliere relative al miglioramento della qualità dell'assistenza e al contenimento dei rischi in accordo con le Strutture aziendali di riferimento ed in collaborazione con la UOSD Rischio Clinico	5	n. procedure approvate o proposte	>2			
		Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza e collaborazione con CICA per strategie e procedure per il contenimento delle stesse	2	casi di sepsi da ICA	riduzione del 20% rispetto ad anno precedente			
		Contenimento del rischio di legionellosi in collaborazione con l'Area Gestione Tecnica	2	cluster di legionellosi intraospedaliera	0%			
Monitoraggio esiti secondo metodologia del PNE	4	valutazioni su report disponibili PNE	semestrale					
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto diretto di medicinali e gas medicali	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto di dispositivi medici	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Monitoraggio sovraordinato sugli acquisti e i consumi di dispositivi medici, ivi comprese le protesi	3	Qualitativo (si / no)	SI			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Attività di verifica delle prescrizioni prioritarie, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Monitoraggio delle prescrizioni presenti nelle lettere di dimissione archiviate all'interno delle cartelle cliniche	5	Qualitativo (si / no)	SI			

Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore Medico di Presidio

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare la presa in carico dei pazienti degenti con disagio psicologico con appropriati percorsi assistenziali in accordo con le UU.OO. richiedenti	Rispetto degli indirizzi regionali	Assicurare la presa in carico dei pazienti degenti con disagio psicologico con appropriati percorsi assistenziali in accordo con le UU.OO. richiedenti	16	Volumi di prestazioni erogati/ volumi programmati	100%	≥ 80% < 100%		
Breast Unit e ROP	Rispetto degli indirizzi regionali e aziendali in materia	Garantire le attività in favore di pazienti oncologici in affiancamento con le équipes multidisciplinari	16	Volumi di prestazioni erogati/ volumi programmati	100%	≥ 80% < 100%		
Assicurare il supporto per le comunicazioni delle cattive notizie	Qualitativo SI / NO	Assicurare il supporto professionale alle UU OO richiedenti per la comunicazione delle cattive notizie ai pazienti e ai parenti	16	Qualitativo SI / NO	SI			
Assicurare il supporto alle attività del P.S.	Qualitativo SI / NO	Assicurare le attività di supporto al P.S., anche in relazione ai percorsi attivi (percorso rosa, ad esempio)	15	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7)	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei vincoli su Volumi e tipologie prestazioni ambulatoriali ALPI (Volume prestazioni ALPI < Volume prestazioni istituz.)	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
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	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	5	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	9	Qualitativo SI / NO	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla direzione generale	9	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G, D.Lgs. n. 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019], (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Coordinare e monitorare il Piano delle attività di ricovero delle UU OO del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. ricoveri (ordinari e dh): 8.000	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Coordinare e monitorare il Piano delle attività ambulatoriali delle UU OO e dei Servizi del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. day service: 3.000 - prestazioni ambulatoriali: 160.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto delle indicazioni regionali e aziendali in riferimento ai Piani di riordino ospedaliero vigenti (R.R. 14/2020)	Attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera nell'ambito del P.O. di competenza con attivazione dei p.l. previsti dagli atti di programmazione regionale e aziendale	Avvio delle procedure di accreditamento per l'attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	6	procedure avviate/procedure previste	>70%	50%-70%	227 p.l. previsti da RR 14/2020 (attivi 2022 142 p.l. ordinari + 3 p.l. dh)	
		Monitoraggio delle attivazioni dei p.l. in ossequio alle	2	Qualitativo SI / NO	SI	50%-70%		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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. H042 _D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda per le UU.OO. del Presidio	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Miglioramento della sicurezza delle cure e contenimento dei rischi	Proposta, approvazione e/o recepimento di procedure aziendali o intraospedaliere relative al miglioramento della qualità dell'assistenza e al contenimento dei rischi in accordo con le Strutture aziendali di riferimento ed in collaborazione con la UOSD Rischio Clinico	5	n. procedure approvate o proposte	>2			
		Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza e collaborazione con CICA per strategie e procedure per il contenimento delle stesse	2	casi di sepsi da ICA	riduzione del 20% rispetto ad anno precedente			
		Contenimento del rischio di legionellosi in collaborazione con l'Area Gestione Tecnica	2	cluster di legionellosi intraospedaliera	0%			
Monitoraggio esiti secondo metodologia del PNE	4	valutazioni su report disponibili PNE	semestrale					
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto diretto di medicinali e gas medicali	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto di dispositivi medici	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Monitoraggio sovraordinato sugli acquisti e i consumi di dispositivi medici, ivi comprese le protesi	3	Qualitativo (si / no)	SI			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Attività di verifica delle prescrizioni prioritarie, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Monitoraggio delle prescrizioni presenti nelle lettere di dimissione archiviate all'interno delle cartelle cliniche	5	Qualitativo (si / no)	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel manuale di	registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei	3	Qualitativo SI / NO	SI			

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page.

Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI									
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDDTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA									
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI				
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI				
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE									
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT			
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI				
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA									
Adozione piano integrenti di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI				

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY
Intomo

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore Medico di Presidio
Anne Pe Bene **André Sepie**

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente (LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019), (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Coordinare e monitorare il Piano delle attività di ricovero delle UU OO del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. ricoveri (ordinari e dh): 7.700	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg - Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg - Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Coordinare e monitorare il Piano delle attività ambulatoriali delle UU OO e dei Servizi del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. day service: 1.500 - prestazioni ambulatoriali: 95.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto delle indicazioni regionali e aziendali in riferimento ai Piani di riordino ospedaliero vigenti (R.R. 14/2020)	Attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera nell'ambito del P.O. di competenza con attivazione dei p.l. previsti dagli atti di programmazione regionale e aziendale	Avvio delle procedure di accreditamento per l'attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	6	procedure avviate/procedure previste	>70%	50%-70%	207 p.l. previsti da RR 14/2020 (attivi 2022 162 p.l. ordinari + 8 p.l. dh)	
	Qualitativo SI / NO	Monitoraggio delle attivazioni dei p.l. in ossequio alle	2	Qualitativo SI / NO	SI	50%-70%		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	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. H042_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatazza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda per le UU.OO. del Presidio	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Miglioramento della sicurezza delle cure e contenimento dei rischi	Proposta, approvazione e/o recepimento di procedure aziendali o intraospedaliere relative al miglioramento della qualità dell'assistenza e al contenimento dei rischi in accordo con le Strutture aziendali di riferimento ed in collaborazione con la UOSD Rischio Clinico	5	n. procedure approvate o proposte	>2			
		Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza e collaborazione con CICA per strategie e procedure per il contenimento delle stesse	2	casi di sepsi da ICA	riduzione del 20% rispetto ad anno precedente			
		Contenimento del rischio di legionellosi in collaborazione con l'Area Gestione Tecnica	2	cluster di legionellosi intraospedaliere	0%			
		Monitoraggio esiti secondo metodologia del PNE	4	valutazioni su report disponibili PNE	semestrale			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.l. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto diretto di medicinali e gas medicali	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto di dispositivi medici	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Attività di verifica delle prescrizioni prioritarie,	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle	Monitoraggio delle prescrizioni presentate nelle lettere di	5	Qualitativo (si / no)	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i	Rispetto tempi e copertura per inserimento dei dati su sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			

gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore Medico di Preside

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019], (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Coordinare e monitorare il Piano delle attività di ricovero delle UU OO del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. ricoveri (ordinari e dh): 7.500	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg - Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg - Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Coordinare e monitorare il Piano delle attività ambulatoriali delle UU OO e dei Servizi del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. day service: 5.000- prestazioni ambulatoriali: 160.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto delle indicazioni regionali e aziendali in riferimento ai Piani di riordino ospedaliero vigenti (R.R. 14/2020)	Attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera nell'ambito del P.O. di competenza con attivazione dei p.l. previsti dagli atti di programmazione regionale e aziendale	Avvio delle procedure di accreditamento per l'attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	6	procedure avviate/procedure previste	>70%	50%-70%	161 p.l. previsti da RR 14/2020 (attivi 2022 140 p.l.ordinari + 7 p.l. dh)	
	Qualitativo SI / NO	Monitoraggio delle attivazione dei p.l. in ossequio alle schede di budget sottoscritte dai Direttori delle UU OO	2	Qualitativo SI / NO	SI	50%-70%		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z _D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C _D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10	(DATO IL TASSO DI OCCUPAZIONE E I REPARTI) < 6 GIORNI	
Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda per le UU.OO. del Presidio	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Miglioramento della sicurezza delle cure e contenimento dei rischi	Proposta, approvazione e/o recepimento di procedure aziendali o intraospedaliere relative al miglioramento della qualità dell'assistenza e al contenimento dei rischi in accordo con le Strutture aziendali di riferimento ed in collaborazione con la UOSD Rischio Clinico	5	n. procedure approvate o proposte	>2			
		Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza e collaborazione con CICA per strategie e procedure per il contenimento delle stesse	2	casi di sepsi da ICA	riduzione del 20% rispetto ad anno precedente			
		Contenimento del rischio di legionellosi in collaborazione con l'Area Gestione Tecnica	2	cluster di legionellosi intraospedaliera	0%			
Monitoraggio esiti secondo metodologia del PNE	4	valutazioni su report disponibili PNE	semestrale					
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.l. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto diretto di medicinali e gas medicali	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto di dispositivi medici	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Monitoraggio sovraordinato sugli acquisti e i consumi di dispositivi medici, ivi comprese le protesi	3	Qualitativo (si / no)	SI			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	3	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Incremento su anno precedente			
Attività di verifica delle prescrizioni prioritarie, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Monitoraggio delle prescrizioni presenti nelle lettere di dimissione archiviate all'interno delle cartelle cliniche	5	Qualitativo (si / no)	SI			

Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS - Armadio di reparto	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano Interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY
Il Direttore Dipartimento
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Medico di Presidio

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Coordinare e monitorare il Piano delle attività di ricovero delle UU OO del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. ricoveri (ordinari e dh): 6.000 STRATEGIE PER DESATURAZIONE DEL PS, PREVALENTEMENTE NEL TRIMESTRE ESTIVO. 75% tasso di occupazione	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg- Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg- Priorità D ≤ 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Coordinare e monitorare il Piano delle attività ambulatoriali delle UU OO e dei Servizi del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. day service: 300 - prestazioni ambulatoriali: 135.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P ≤ 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
			2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	4	Qualitativo SI / NO	SI					
Rispetto delle indicazioni regionali e aziendali in riferimento ai Piani di riordino ospedaliero vigenti (R.R. 14/2020)	Attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera nell'ambito del P.O. di competenza con attivazione dei p.l. previsti dagli atti di programmazione regionale e aziendale	Avvio delle procedure di accreditamento per l'attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	6	procedure avviate/procedure previste	>70%	50%-70%	172 p.l. previsti da RR 14/2020 (attivi 2022 109 p.l.ordinari + 4 p.l. dh)	
		Qualitativo SI / NO	2	Qualitativo SI / NO	SI	50%-70%		
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriatezza	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
	Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg		
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda per le UU.OO. del Presidio	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Miglioramento della sicurezza delle cure e contenimento	Proposta, approvazione e/o recepimento di procedure aziendali o intraospedaliere relative al miglioramento della qualità dell'assistenza e al contenimento dei rischi in accordo con le Strutture aziendali di riferimento ed in collaborazione con la UOSD Rischio Clinico	5	n. procedure approvate o proposte	>2			

	Miglioramento della sicurezza delle cure e contenimento dei rischi	Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza e collaborazione con CICA per strategie e procedure per il contenimento delle stesse	2	casi di sepsi da ICA	riduzione del 20% rispetto ad anno precedente			
		Contenimento del rischio di legionellosi in collaborazione con l'Area Gestione Tecnica	2	cluster di legionellosi intraospedaliera	0%			
		Monitoraggio esiti secondo metodologia del PNE	4	valutazioni su report disponibili PNE	semestrale			
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la 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	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per Interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto diretto di medicinali e gas medicali	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto di dispositivi medici	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Monitoraggio sovraordinato sugli acquisti e i consumi di dispositivi medici, ivi comprese le protesi	3	Qualitativo (si / no)	SI			
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale dei farmaci prescritti	Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto su totale dei farmaci prescritti	3	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto	Incremento su anno precedente			
Attività di verifica delle prescrizioni prioritarie, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Monitoraggio delle prescrizioni presenti nelle lettere di dimissione archiviate all'interno delle cartelle cliniche	5	Qualitativo (si / no)	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel manuale delle procedure amministrative stabilite	registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei farmaci	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

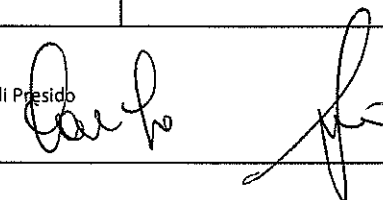
Antonio Bray

Il Direttore Dipartimento



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Medico di Presidio



OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019], [DGR 1487/2019][DGR 78/2023][DGR 262/2023]	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Coordinare e monitorare il Piano delle attività di ricovero delle UU OO del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. ricoveri (ordinari e dh): 6.000	
		Rispetto dei tempi medi di attesa per classe di complessità (123) e priorità (ABCD)	3	Tempo medio di attesa x complessità (123) e classe di priorità (ABCD)	Priorità A ≤ 30 gg - Priorità B ≤ 60 gg - Priorità C ≤ 180 gg - Priorità D < 365 gg	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Coordinare e monitorare il Piano delle attività ambulatoriali delle UU OO e dei Servizi del Presidio Ospedaliero in linea con le disposizioni della Direzione Aziendale per il pieno utilizzo delle risorse disponibili e l'abbattimento delle liste di attesa	6	Volume per tipo di prestazione erogata rispetto al fabbisogno stimato	100%	≥ 80% < 100%	n. day service: 2.300 n. prestazioni ambulatoriali: 150.000	
		Rispetto dei tempi massimi di attesa per classe di priorità (UBDP)	2	Tempo medio di attesa per classe di priorità (UBDP)	Priorità U ≤ 72 h - Priorità B ≤ 10 gg - Priorità D ≤ 30 gg Visite e 60 gg diagnostica - Priorità P < 120	La valutazione verrà effettuata su base aziendale per branca e prestazione		
		Garantire la flessibilità di risposta alle richieste della Task force per il governo delle liste di attesa	2	Omogeneizzazione delle agende e allineamento degli orari inizio e fine turno con omologazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA senza distinzione tra medici convenzionati e strutturati	100% delle agende			
Rispetto delle indicazioni regionali e aziendali in riferimento ai Piani di riordino ospedaliero vigenti (R.R. 14/2020)	Attuazione del piano di riordino della rete ospedaliera nell'ambito del P.O. di competenza con attivazione dei p.l. previsti dagli atti di programmazione regionale e aziendale	Avvio delle procedure di accreditamento per l'attivazione dei p.l. previsti dal R.R. 14/2020	6	procedure avviate/procedure previste	>70%	50%-70%	166 p.l. previsti da RR 14/2020 (attivi 2022 120 p.l.ordinari + 7 p.l. dh)	
	Qualitativo SI / NO	Monitoraggio delle attivazione dei p.l. in ossequio alle schede di budget sottoscritte dai Direttori delle UU OO	2	Qualitativo SI / NO	SI	50%-70%	ATTIVAZIONE DI UN PROGETTO ESECUTIVO EX ART.20 PER REPARTO DI MEDICINA NEL PADIGLIONE UFFICI	
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'								
Qualificazione assistenza ospedaliera	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriata in regime ordinario. (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019)	Riduzione tassi di inappropriata	2	Tasso di dimissioni con DRG "inappropriato" (secondo Patto della Salute 2010-2012 all. B) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti e non residenti in modalità ordinaria per acuti	≤ 0,21	> 0,21 < 0,24		
	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	a) Miglioramento appropriatezza chirurgica b) Filtro al pronto soccorso	2	% dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%	>26,65% ≤ 30%		
	% ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	Riduzione DH medico diagnostico	2	Tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente	≤ 35,25%			
	Incidenza % ricoveri ripetuti con stessa MDC entro 30 gg dalla dimissione (Cod. H12C_D.M. 12/03/2019)	Riduzione ricoveri ripetuti stessa MDC	2	H12C - Percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC	≤ 4%	> 4% < 7%		
	Degenza media ricoveri ordinari	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per Interni	2	Degenza media Ricoveri Ordinari	≤ 7	> 7 < 10		
Degenza media preoperatoria	Riduzione della degenza media preoperatoria	2	Degenza media preoperatoria	≤ 1,64 gg	>1,64 gg < 2 gg			
Qualità ed appropriatezza delle cure	Riduzione dei sinistri che ricorrono al CVS con responsabilità dell'Azienda per le UU.OO. del Presidio	Miglioramento della qualità e appropriatezza delle cure nella branca di pertinenza	3	N. transazioni per errori diagnostici riconosciuti in CVS	Miglioramento rispetto all'anno precedente			
	Miglioramento della sicurezza delle cure e contenimento dei rischi	Proposta, approvazione e/o recepimento di procedure aziendali o intraospedaliere relative al miglioramento della qualità dell'assistenza e al contenimento dei rischi in accordo con le Strutture aziendali di riferimento ed in collaborazione con la UOSD Rischio Clinico	5	n. procedure approvate o proposte	>2			
		Monitoraggio infezioni correlate all'assistenza e collaborazione con CICA per strategie e procedure per il contenimento delle stesse	2	casì di sepsi da ICA	riduzione del 20% rispetto ad anno precedente			
		Contenimento del rischio di legionellosi in collaborazione con l'Area Gestione Tecnica	2	cluster di legionellosi intraospedaliera	0%			
Monitoraggio esiti secondo metodologia del PNE	4	valutazioni su report disponibili PNE	semestrale					
Miglioramento dell'appropriatezza della prescrizione e della erogazione di procedure diagnostiche	Garantire la revisione delle richieste di esami per interni sulla base dei profili diagnostici ed in linea con i PDTA e le L.G.G.nazionali ed internazionali	Migliorare la appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici	3	N. esami effettuati per interni/N. ricoveri per il P.O.	riduzione del 10% rispetto ad anno precedente			
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, al fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto diretto di medicinali e gas medicali	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto di dispositivi medici	3	Qualitativo SI / NO	SI			
		Monitoraggio sovraordinato sugli acquisti e i consumi di dispositivi medici, ivi comprese le protesi	3	Qualitativo (si / no)	SI			
Riduzione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su	Riduzione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto su	3	% incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su	Incremento su anno precedente			
Attività di verifica delle prescrizioni prioritarie, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate dal miglior rapporto costo efficacia	Contenimento della spesa con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica	Monitoraggio delle prescrizioni presenti nelle lettere di dimissione archiviate all'interno delle cartelle cliniche	5	Qualitativo (si / no)	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle prescrizioni contenute nei formulari e nelle	registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								

Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	2	Equilibrio economico - finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario (budget) stabilite dalla Direzione Strategica	3	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore Medico di Presidio

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yoni TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
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	Contenimento della spesa 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 e controllo delle prescrizioni e somministrazioni di farmaci con rapporto costo-efficacia più favorevole nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, al fine di ottenere una riduzione della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	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	4	Incremento % incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci originatori	Incremento su anno precedente			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Puntuale richiesta di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi dai clinici	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	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto per l'audit	Utilizzo del Sistema Informativo Regionale Edotto per l'estrazione delle reportistiche ad hoc con i dati di consumo e di spesa, oltre che del grado di raggiungimento o meno degli obiettivi minimi di riduzione di spesa e dei tetti assegnati per singola ASL, sia convenzionata che acquisti diretti, prioritariamente sui farmaci caratterizzati da maggior impatto di spesa e disallineamento rispetto alle medie nazionali	4	N. Audit in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto	N. audit con almeno il 60% delle UU.OO./CdC			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva nella fase di erogazione diretta	Contenimento della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta	4	N. Piani terapeutici-prescrizioni controllati / N. Piani Terapeutici-prescrizioni totali	100%			
Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione	Controllo della corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	Assicurare la verifica della registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	4	Corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati relativi alle somministrazioni dei farmaci	100%			
Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	5	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC	Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC mediante ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	5	N. Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	almeno il 30% delle UU.OO./Armedi di reparto			

Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	4	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi DGR ex art. 39 LR 4/2010	100%		
		Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'Area Farmaceutica entro il giorno 10 del trimestre successivo all'erogazione	4	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione		
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico - finanziario	SI		
		Verifica dell'andamento della spesa rispetto al budget assegnato per la gestione degli ordini su MOSS dei beni sanitari	5	Equilibrio economico - finanziario	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale dal Coordinatore di Reparto dell'effettivo consumo di beni farmaceutici sulla procedura MOSS - Armadio di Reparto	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Corretta rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale e dal Manuale Unico dei Processi MOSS	Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze	Assicurare il coordinamento e la gestione delle attività inerenti la rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale, dal Manuale Unico dei Processi MOSS	5	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale. Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze di beni sanitari di magazzino e armadio di reparto	SI		
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la partecipazione attiva agli organi collegiali di riferimento	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati di Dipartimento mensili	6	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
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	Contenimento della spesa 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 e controllo delle prescrizioni e somministrazioni di farmaci con rapporto costo-efficacia più favorevole nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, al fine di ottenere una riduzione della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	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	4	Incremento % incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci originatori	Incremento su anno precedente			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Puntuale richiesta di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi dai clinici	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	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto per l'audit	Utilizzo del Sistema Informativo Regionale Edotto per l'estrazione delle reportistiche ad hoc con i dati di consumo e di spesa, oltre che del grado di raggiungimento o meno degli obiettivi minimi di riduzione di spesa e dei tetti assegnati per singola ASL, sia convenzionata che acquisti diretti, prioritariamente sui farmaci caratterizzati da maggior impatto di spesa e disallineamento rispetto alle medie nazionali	4	N. Audit in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto	N. audit con almeno il 60% delle UU.OO./CdC			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva nella fase di erogazione diretta	Contenimento della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta	4	N. Piani terapeutici-prescrizioni controllati / N. Piani Terapeutici-prescrizioni totali	100%			
Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione	Controllo della corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	Assicurare la verifica della registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	4	Corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati relativi alle somministrazioni dei farmaci	100%			
Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	5	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			

Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC	Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC mediante ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	5	N. Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	almeno il 30% delle UU.OO./Armagli di reparto			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	4	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi DGR ex art. 39 LR 4/2010	100%			
		Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'Area Farmaceutica entro il giorno 10 del trimestre successivo all'erogazione	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione			
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)		Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale dal Coordinatore di Reparto dell'effettivo consumo di beni farmaceutici sulla procedura MOSS - Armadio di Reparto	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale e dal Manuale Unico dei Processi MOSS	Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze	Assicurare il coordinamento e la gestione delle attività inerenti la rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale, dal Manuale Unico dei Processi MOSS	5	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale. Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze di beni sanitari di magazzino e armadio di reparto	SI			
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati	6	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
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	Contenimento della spesa 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 e controllo delle prescrizioni e somministrazioni di farmaci con rapporto costo-efficacia più favorevole nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, al fine di ottenere una riduzione della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	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	4	Incremento % incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci originatori	Incremento su anno precedente			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Puntuale richiesta di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi dai clinici	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	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto per l'audit	Utilizzo del Sistema Informativo Regionale Edotto per l'estrazione delle reportistiche ad hoc con i dati di consumo e di spesa, oltre che del grado di raggiungimento o meno degli obiettivi minimi di riduzione di spesa e dei tetti assegnati per singola ASL, sia convenzionata che acquisti diretti, prioritariamente sui farmaci caratterizzati da maggior impatto di spesa e disallineamento rispetto alle medie nazionali	4	N. Audit in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto	N. audit con almeno il 60% delle UU.OO./CdC			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva nella fase di erogazione diretta	Contenimento della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta	4	N. Piani terapeutici-prescrizioni controllati / N. Piani Terapeutici-prescrizioni totali	100%			
Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione	Controllo della corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	Assicurare la verifica della registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	4	Corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati relativi alle somministrazioni dei farmaci	100%			
Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	5	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			

Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC	Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC mediante ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	5	N. Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	almeno il 30% delle UU.OO./Armadi di reparto			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	4	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi DGR ex art. 39 LR 4/2010	100%			
		Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'Area Farmaceutica entro il giorno 10 del trimestre successivo all'erogazione	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione			
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale dal Coordinatore di Reparto dell'effettivo consumo di beni farmaceutici sulla procedura MOSS - Armadio di Reparto	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale e dal Manuale Unico dei Processi MOSS	Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze	Assicurare il coordinamento e la gestione delle attività inerenti la rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale, dal Manuale Unico dei Processi MOSS	5	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale. Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze di beni sanitari di magazzino e armadio di reparto	SI			
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati	6	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Dipartimento

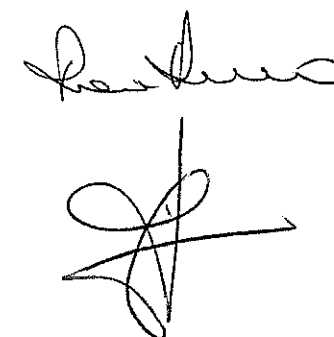
Il Direttore Dipartimento
[Firma]

Il Direttore di Unità Operativa

Il Direttore di Unità Operativa
[Firma]

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
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	Contenimento della spesa 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 e controllo delle prescrizioni e somministrazioni di farmaci con rapporto costo-efficacia più favorevole nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, al fine di ottenere una riduzione della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	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	4	Incremento % incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci originatori	Incremento su anno precedente			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Puntuale richiesta di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi dai clinici	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	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto per l'audit	Utilizzo del Sistema Informativo Regionale Edotto per l'estrazione delle reportistiche ad hoc con i dati di consumo e di spesa, oltre che del grado di raggiungimento o meno degli obiettivi minimi di riduzione di spesa e dei tetti assegnati per singola ASL, sia convenzionata che acquisti diretti, prioritariamente sui farmaci caratterizzati da maggior impatto di spesa e disallineamento rispetto alle medie nazionali	4	N. Audit in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto	N. audit con almeno il 60% delle UU.OO./CdC			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva nella fase di erogazione diretta	Contenimento della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta	4	N. Piani terapeutici-prescrizioni controllati / N. Piani Terapeutici-prescrizioni totali	100%			
Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione	Controllo della corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	Assicurare la verifica della registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	4	Corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati relativi alle somministrazioni dei farmaci	100%			
Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	5	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			



Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC	Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC mediante ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	5	N. Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	almeno il 30% delle UU.OO./Armagli di reparto			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	4	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi DGR ex art. 39 LR 4/2010	100%			
		Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'Area Farmaceutica entro il giorno 10 del trimestre successivo all'erogazione	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione			
Garanzia dell'equilibrio economico -finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale dal Coordinatore di Reparto dell'effettivo consumo di beni farmaceutici sulla procedura MOSS - Armadio di Reparto	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale e dal Manuale Unico dei Processi MOSS	Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze	Assicurare il coordinamento e la gestione delle attività inerenti la rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale, dal Manuale Unico dei Processi MOSS	5	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale. Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze di beni sanitari di magazzino e armadio di reparto	SI			
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati	6	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.l. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
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	Contenimento della spesa 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 e controllo delle prescrizioni e somministrazioni di farmaci con rapporto costo-efficacia più favorevole nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, al fine di ottenere una riduzione della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	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	4	Incremento % incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci originatori	Incremento su anno precedente			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Puntuale richiesta di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi dai clinici	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	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto per l'audit	Utilizzo del Sistema Informativo Regionale Edotto per l'estrazione delle reportistiche ad hoc con i dati di consumo e di spesa, oltre che del grado di raggiungimento o meno degli obiettivi minimi di riduzione di spesa e dei tetti assegnati per singola ASL, sia convenzionata che acquisti diretti, prioritariamente sui farmaci caratterizzati da maggior impatto di spesa e disallineamento rispetto alle medie nazionali	4	N. Audit in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto	N. audit con almeno il 60% delle UU.OO./CdC			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva nella fase di erogazione diretta	Contenimento della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta	4	N. Piani terapeutici-prescrizioni controllati / N. Piani Terapeutici-prescrizioni totali	100%			
Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione	Controllo della corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	Assicurare la verifica della registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	4	Corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati relativi alle somministrazioni dei farmaci	100%			
Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	5	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			

Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC	Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC mediante ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	5	N. Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	almeno il 30% delle UU.OO./Armadi di reparto			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	4	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi DGR ex art. 39 LR 4/2010	100%			
		Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'Area Farmaceutica entro il giorno 10 del trimestre successivo all'erogazione	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione			
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico-finanziario	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	5	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale dal Coordinatore di Reparto dell'effettivo consumo di beni farmaceutici sulla procedura MOSS - Armadio di Reparto	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale e dal Manuale Unico dei Processi MOSS	Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze	Assicurare il coordinamento e la gestione delle attività inerenti la rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale, dal Manuale Unico dei Processi MOSS	5	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale. Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze di beni sanitari di magazzino e armadio di reparto	SI			
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati	6	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
		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)	2	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013			
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
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	Contenimento della spesa 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 e controllo delle prescrizioni e somministrazioni di farmaci con rapporto costo-efficacia più favorevole nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, al fine di ottenere una riduzione della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	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	4	Incremento % incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci originatori	Incremento su anno precedente			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Puntuale richiesta di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi dai clinici	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	4	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto per l'audit	Utilizzo del Sistema Informativo Regionale Edotto per l'estrazione delle reportistiche ad hoc con i dati di consumo e di spesa, oltre che del grado di raggiungimento o meno degli obiettivi minimi di riduzione di spesa e dei tetti assegnati per singola ASL, sia convenzionata che acquisti diretti, prioritariamente sui farmaci caratterizzati da maggior impatto di spesa e disallineamento rispetto alle medie nazionali	4	N. Audit in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto	N. audit con almeno il 60% delle UU.OO./CdC			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva nella fase di erogazione diretta	Contenimento della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta	4	N. Piani terapeutici-prescrizioni controllati / N. Piani Terapeutici-prescrizioni totali	100%			
Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione	Controllo della corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	Assicurare la verifica della registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	4	Corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati relativi alle somministrazioni dei farmaci	100%			
Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	5	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			

Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC	Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC mediante ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	5	N. Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	almeno il 30% delle UU.OO./Armadi di reparto			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	4	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi DGR ex art. 39 LR 4/2010	100%			
		Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'Area Farmaceutica entro il giorno 10 del trimestre successivo all'erogazione	4	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione			
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	5	Equilibrio economico - finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta gestione dell'armadio farmaceutico di reparto	Rispetto delle indicazioni contenute nel Manuale delle procedure amministrativo-contabili	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale dal Coordinatore di Reparto dell'effettivo consumo di beni farmaceutici sulla procedura MOSS - Armadio di Reparto	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale e dal Manuale Unico dei Processi MOSS	Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze	Assicurare il coordinamento e la gestione delle attività inerenti la rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale, dal Manuale Unico dei Processi MOSS	5	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale. Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze di beni sanitari di magazzino e armadio di reparto	SI			
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati	6	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex l. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BERTI

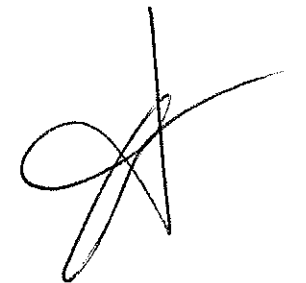
Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
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	Contenimento della spesa 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 e controllo delle prescrizioni e somministrazioni di farmaci con rapporto costo-efficacia più favorevole nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, al fine di ottenere una riduzione della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	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	5	Incremento % incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci originatori	Incremento su anno precedente			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di <u>tutti i dati previsti</u> per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Puntuale richiesta di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi dai clinici	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	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto per l'audit	Utilizzo del Sistema Informativo Regionale Edotto per l'estrazione delle reportistiche ad hoc con i dati di consumo e di spesa, oltre che del grado di raggiungimento o meno degli obiettivi minimi di riduzione di spesa e dei tetti assegnati per singola ASL, sia convenzionata che acquisti diretti, prioritariamente sui farmaci caratterizzati da maggior impatto di spesa e disallineamento rispetto alle medie nazionali	5	N. Audit in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto	N. audit con almeno il 60% delle UU.OO./CdC			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva nella fase di erogazione diretta	Contenimento della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta	5	N. Piani terapeutici-prescrizioni controllati / N. Piani Terapeutici-prescrizioni totali	100%			

Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione	Controllo della corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	Assicurare la verifica della registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	5	Corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati relativi alle somministrazioni dei farmaci	100%			
Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	5	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC	Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC mediante ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	5	N. Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	almeno il 30% delle UU.OO./Armagli di reparto			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	5	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi DGR ex art. 39 LR 4/2010	100%			
		Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'Area Farmaceutica entro il giorno 10 del trimestre successivo all'erogazione	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione			
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico-finanziario	SI			
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	5	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Corretta rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale e dal Manuale Unico dei Processi MOSS	Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze	Assicurare il coordinamento e la gestione delle attività inerenti la rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale, dal Manuale Unico dei Processi MOSS	5	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale. Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze di beni sanitari di magazzino	SI			
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati	4	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore Dipartimentale

Il Direttore di Unità Operativa

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente.	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
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	Contenimento della spesa 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 e controllo delle prescrizioni e somministrazioni di farmaci con rapporto costo-efficacia più favorevole nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, al fine di ottenere una riduzione della spesa sanitaria rispetto all'anno precedente	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)	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	5	Incremento % incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci originatori	Incremento su anno precedente			
Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	Qualitativo SI / NO	Rispetto dei tempi nell'inserimento di tutti i dati previsti per la registrazione sul sistema informativo Edotto delle erogazioni dei farmaci	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Puntuale richiesta di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi dai clinici	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	5	Qualitativo SI / NO	SI			
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	Collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto per l'audit	Utilizzo del Sistema Informativo Regionale Edotto per l'estrazione delle reportistiche ad hoc con i dati di consumo e di spesa, oltre che del grado di raggiungimento o meno degli obiettivi minimi di riduzione di spesa e dei tetti assegnati per singola ASL, sia convenzionata che acquisti diretti, prioritariamente sui farmaci caratterizzati da maggior impatto di spesa e disallineamento rispetto alle medie nazionali	5	N. Audit in collaborazione con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e/o di Distretto	N. audit con almeno il 60% delle UU.OO./CdC			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva nella fase di erogazione diretta	Contenimento della spesa e miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta	5	N. Piani terapeutici-prescrizioni controllati / N. Piani Terapeutici-prescrizioni totali	100%			
Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione	Controllo della corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	Assicurare la verifica della registrazione su Edotto di tutti i dati previsti relativi alle somministrazioni dei farmaci allestiti	5	Corretta e completa registrazione su Edotto di tutti i dati relativi alle somministrazioni dei farmaci	100%			
Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	Registrazione sul sistema informativo regionale Edotto delle prescrizioni farmaceutiche pervenute da centri autorizzati fuori Regione	5	% di prescrizioni farmaceutiche informatizzate	100%			
Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC	Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	Assicurare la vigilanza ispettiva della corretta tenuta dei beni sanitari presso i CdC mediante ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	5	N. Ispezioni e/o acquisizione periodica dei verbali di auto-ispezione redatti dal coordinatore di reparto / ambulatorio	almeno il 30% delle UU.OO./Armati di reparto			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	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	5	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi DGR ex art. 39 LR 4/2010	100%			
		Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'Area Farmaceutica entro il giorno 10 del trimestre successivo all'erogazione	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione			

Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico-finanziario	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Verifica dell'andamento della spesa rispetto al budget assegnato per la gestione degli ordini su MOSS dei beni sanitari	5	Equilibrio economico-finanziario	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Corretta rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale e dal Manuale Unico dei Processi MOSS	Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze	Assicurare il coordinamento e la gestione delle attività inerenti la rilevazione delle rimanenze secondo le procedure previste dal Manuale aziendale, dal Manuale Unico dei Processi MOSS	5	Verifica periodica dell'aggiornamento effettuato in tempo reale. Corretta, completa e tempestiva rilevazione delle rimanenze di beni sanitari di magazzino	SI		
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la partecipazione	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati	4	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%		
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA								
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR. 78/2023)	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	Rispetto dei valori di riferimento per la spesa farmaceutica convenzionata fissati dalla Regione	8	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤165 euro			
	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Diminuzione della spesa farmaceutica acquisti diretti, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente.	Diminuzione della spesa dispositivi medici, con obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla Direzione Strategica.	5	% di riduzione su anno precedente	≥ 20%	> 10%		
Adesione all'impiego dei biosimilari / brevetto scaduto (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	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci	Assicurare il monitoraggio 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	2	% Incidenza dei farmaci biosimilari / brevetto scaduto su totale consumo farmaci.	Miglioramento su anno precedente.			obiettivo a valenza dipartimentale
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMG e PLS, entro i limiti del budget ad essi attribuito (DGR 1487/2019)	Attuazione misure previste in sede di programmazione strategica	Monitoraggio dei prescrittori che risultano disallineati rispetto al dato di spesa medio nazionale, rilevato sui cruscotti Disar di Edotto	10	Monitoraggio dei prescrittori disallineati	Report bimestrali dei prescrittori disallineati entro il mese della pubblicazione su DISAR			
Intensificare le attività di controllo e verifica in materia di appropriatezza prescrittiva dei farmaci con piano terapeutico	Miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva	Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto	10	N. Piani terapeutici controllati / N. Piani Terapeutici totali	≥ 20%			
Intensificare le attività di controllo e verifica sul File F per la mobilità passiva	Effettuare le verifiche ed eventuali contestazioni entro i termini tassativi stabiliti dalla Regione	Assicurare la verifica sui File F per la mobilità passiva	4	Verifiche e contestazioni entro i tempi tassativi comunicati dalla Regione	100%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Attestazione dei dati inerenti i flussi informativi per la erogazione diretta così come implementati dalle singole farmacie ospedaliere e distrettuali e successiva trasmissione all'UOSE entro il giorno 20 del trimestre successivo all'erogazione	7	Qualitativo SI / NO	SI			

Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA								
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione			
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Definizione dei fabbisogni di risorse per la redazione del bilancio di previsione	5	Equilibrio economico-finanziario	SI			
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Verifica dell'andamento della spesa rispetto al budget assegnato per la emissione degli ordini su MOSS per i servizi effettuati dalle farmacie convenzionate	5	Equilibrio economico-finanziario	SI			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia. (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi - Corretta e aggiornata gestione dei contratti di fornitura di beni e servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI			Di competenza delle farmacie ospedaliere e territoriali
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo SI / NO	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi-gestionali	5	Qualitativo SI / NO	SI			Di competenza delle farmacie ospedaliere e territoriali
Efficienza operativa	Monitoraggio e verifica del rispetto della normativa vigente nazionale e regionale in materia di vigilanza ispettiva	Ispezioni presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, parafarmacie e distributori all'ingrosso Monitoraggio e verifica del rispetto della normativa vigente nazionale e regionale in materia di vigilanza ispettiva	6	Numero ispezioni	>20			
Attività del Dipartimento	Garantire la piena attività del Dipartimento e la partecipazione attiva agli organi collegiali di riferimento	Partecipazione proattiva con proposte progettuali ai Comitati di Dipartimento mensili	6	presenza ai Comitati di Dipartimento	100%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRACCIA

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore dell'Area

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	5	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	4	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, alla ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico finanziari di bilanci concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	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	12	Qualitativo SI / NO	SI		
Regolamentazione delega di funzioni	Attuazione normativa nazionale sulla disciplina della delega di funzioni	Adozione Regolamento sulla delega di funzioni	20	Qualitativo SI / NO	SI		
Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio (DGR 78/2023)	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Predisposizione atti e protocolli di intesa con Comuni per PNRR	20	N. protocolli predisposti / N. protocolli previsti	100%		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	8	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Miglioramento della qualità degli atti amministrativi	Qualitativo SI / NO	Assicurare l'assistenza giuridico amministrativa nei confronti delle articolazioni della Direzione Generale in ordine alla conformità dell'azione amministrativa alle Leggi ed ai Regolamenti	12	Qualitativo SI / NO	SI		
		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	12	Qualitativo SI / NO	SI		
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Area/Struttura

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.C. AREA GESTIONE DEL PERSONALE		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Sviluppo sanità digitale	Informatizzazione procedure	Implementazione del Portale del Dipendente e della Piattaforma per la valutazione della Performance Individuale	8	Qualitativo SI / NO	SI	In collaborazione con UOS Amministrazione Digitale e Privacy e UOS Sistemi Informativi Informatici	
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria. (DGR 78/2023)	Qualitativo SI / NO	Costituzione Fondi Aziendali per diverse Aree contrattuali	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Predisposizione contratti decentrati annualità 2023	10	Qualitativo SI / NO	SI		
		Riorganizzazione dipartimentale ASL LECCE in collaborazione con l'U.O. Controllo di Gestione	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Pesatura incarichi dirigenziali	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Predisposizione regolamento incarichi personale di comparto	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Ricognizione stratificazione debito verso il personale dipendente da esercizi precedenti	8	Qualitativo SI / NO	SI		
		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	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale.	Invio CE trimestrale	Rendicontazione trimestrale per CE e monitoraggio vincoli di spesa	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da AGRF	
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo SI / NO	Gestione unificata e monitoraggio corretto utilizzo del sistema rilevazione presenze personale dipendente e convenzionato	8	Qualitativo SI / NO	SI		
		Supporto al Controllo di Gestione per lo sviluppo della contabilità analitica separata per ALPI	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID 19	Rispetto delle indicazioni regionali sulla rendicontazione dei costi Covid	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	2	Rispetto delle indicazioni regionali sulla rendicontazione dei costi Covid	100%		
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Integrazione degli applicativi HR in uso al personale con il MOSS	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Area/Struttura

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Predisposizione Bilancio previsionale annuale e pluriennale	6	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Verifica rispetto condizioni di equilibrio economico-finanziario	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale. (DGR 1487/2019)	Invio CE trimestrale con relazione di accompagnamento	Predisposizione e invio informatico trimestrale alla Regione e MEF del Conto Economico trimestrale	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Predisposizione relazioni di accompagnamento ai CE Trimestrali	9	Qualitativo SI / NO	SI		
Revisione e corretta tenuta della Contabilità Generale	Rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia contabile	Revisione progetti in corso e rideterminazione fondo quote inutilizzate esercizi precedenti	9	Rideterminazione quote inutilizzate esercizi precedenti	100%		
		Implementazione contabilità separata attività commerciale	9	Qualitativo SI / NO	SI		
		Tenuta della contabilità analitica separata per ALPI	9	Qualitativo SI / NO	SI	In collaborazione con il Controllo di Gestione e Area Gestione Personale	
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	7	Tempo medio di registrazione fatture dal ricevimento e di pagamento dalla data di liquidazione delle stesse	Giorni registrazione fatture ≤10 dal ricevimento, giorni pagamento fatture ≤10 dalla liquidazione	Da rilevazione MOSS	
		Verifica/monitoraggio mensile ITP dei diversi centri di spesa	9	Report mensile ITP per Centro di Spesa	100%	Da rilevazione MOSS	
Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID 19	Rispetto delle indicazioni regionali sulla rendicontazione dei costi Covid	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGPers e Controllo di Gestione	2	Rispetto delle indicazioni regionali sulla rendicontazione dei costi Covid	100%		
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi-contabili	6	Qualitativo SI / NO	SI	In collaborazione con il Controllo di Gestione	
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Area/Struttura

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.C. AREA SOCIO-SANITARIA		SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA TERRITORIALE							
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Monitoraggio del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	Monitoraggio posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	Monitoraggio posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/1992 nel rispetto delle linee guida, dei fondi di remunerazione e degli schemi-tipo di accordo contrattuali approvati dalla Giunta Regionale (DGR 78/2023)	Contrattualizzazione delle strutture private che erogano prestazioni sociosanitarie	10	N. contratti predisposti / N. contratti previsti	100%		
	Affidamento in gestione delle RSA di proprietà dell'Azienda	Predisposizione atti per indizione nuove gare per RSA	10	N. procedure avviate / N. procedure previste	100%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	7	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Predisposizione e aggiornamento del fabbisogno di servizi sociosanitari in convenzione	6	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo SI / NO	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, alla ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri	Qualitativo SI / NO	Collaborazione con i Distretti per l'integrazione sociosanitaria	7	Qualitativo SI / NO	SI		
		Collaborazione con i Distretti per la gestione degli assegni di cura	7	Qualitativo SI / NO	SI		
Gestione dei contratti e monitoraggio trimestrale dei costi per servizi in strutture sociosanitarie in convenzione	Qualitativo SI / NO	Gestione dei contratti e monitoraggio trimestrale dei costi per servizi in strutture sociosanitarie in convenzione	8	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da AGRF	
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	8	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Area/Struttura

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE			SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA							
Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID 20	Rispetto delle indicazioni regionali sulla rendicontazione dei costi Covid	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con le Aree di Gestione	1	Rispetto delle indicazioni regionali sulla rendicontazione dei costi Covid	100%		
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente [L.R. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 1120/2019)(DGR 1088/2022)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del Piano Aziendale per il governo dei tempi di attesa	Monitoraggio abbattimento tempi di attesa / Volumi e tipologia di prestazioni per Struttura/CdC	6	Report trimestrale	100%	Relazione in collaborazione con il RULA	
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA							
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (DGR 1487/2019). Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla L.R. 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, su anno precedente	Monitoraggio complessivo sul rispetto dei vincoli di finanza pubblica sulla spesa farmaceutica mediante la produzione di specifici report bimestrali	6	Report bimestrale	100%	Relazione in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico	
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici	Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici, su anno precedente	Monitoraggio complessivo sul rispetto dei vincoli di finanza pubblica sulla spesa per dispositivi medici mediante la produzione di specifici report bimestrali	6	Report bimestrale	100%	Relazione in collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico	
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/201D	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	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.	5	Qualitativo SI / NO	SI	In collaborazione con AGRF	
	Conti economici per struttura e CdC	Elaborazione conti economici trimestrali su costi diretti per Struttura e CdC	5	Report trimestrale	100%		
	Contabilità analitica separata ALPI	Sviluppo e tenuta della contabilità analitica separata per ALPI	5	Qualitativo SI / NO	SI	In collaborazione con AGRF e Area Gestione Personale	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	5	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale. (DGR 1487/2019)	Invio CE trimestrale	Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali e predisposizione Modello LA	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Rilevazione in collaborazione con le Aree di gestione e le Strutture operative dei fabbisogni di risorse	5	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Supporto direzione strategica, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, per la presentazione di un piano di riequilibrio della gestione	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, alla ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilanci concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Predisposizione della sezione Piano della Performance del PIAO e successiva pubblicazione	5	Qualitativo SI / NO	SI		
		Predisposizione schede di budget ed elaborazione di un sistema di indicatori per la valutazione della Performance	5	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Revisione del Sistema di Valutazione della Performance Organizzativa ed Individuale	Aggiornamento e adozione del nuovo Sistema di Valutazione della Performance, così come previsto dal D.Lgs. n. 150/2009	Aggiornamento e adozione del nuovo Regolamento Aziendale su Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	9	Qualitativo SI / NO	SI		
Regolamentazione attività Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)	Adozione Regolamento sulla costituzione e il funzionamento dell'OIV aziendale	Adozione Regolamento sulla costituzione e il funzionamento dell'OIV aziendale	2	Qualitativo SI / NO	SI		
Regolamentazione organizzazione e funzionamento della ASL di Lecce	Adozione Atto Aziendale 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	9	Qualitativo SI / NO	SI		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Area/Struttura

DIPARTIMENTO A.F.C. - U.O.S.D. COORDINAMENTO SERVIZI AMMINISTRATIVI TERRITORIALI		SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONDMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Coordinamento e verifica sulla tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza dei Distretti	6	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi distrettuali	8	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	8	Qualitativo SI / NO	SI		
Contenimento della spesa protesica	Rispetto dei tetti di spesa stabiliti dalla Regione per assistenza protesica	Verifica e monitoraggio della spesa protesica, assicurando gli interventi necessari al contenimento della detta spesa	8	A) Spesa procapite tetto / pop. tot. B) Spesa procapite /pop. > 64 anni	A) < 26,32 su totale pop. B) < 103,44 su pop. > 64 anni		
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale. (DGR 1487/2019)	Invio CE trimestrale	Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	8	Qualitativo SI / NO	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia	Qualitativo SI / NO	Verifica rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi di competenza dei Distretti	8	Qualitativo SI / NO	SI		
	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	Assicurare il raccordo con l'Area Patrimonio per l'espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	8	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	100%		
Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, alla ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico finanziari di bilanci concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Coordinamento e uniformazione delle procedure amministrative di competenza dei Distretti Sociosanitari	14	Qualitativo SI / NO	SI		
Regolamentazione rimborsi assistiti	Adozione Regolamento sulle modalità di rimborso della spesa sanitaria sostenuta dagli assistiti	Adozione Regolamento sulle modalità di rimborso della spesa sanitaria sostenuta dagli assistiti	10	Qualitativo SI / NO	SI		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Area/Struttura

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	6	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico -finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Gestione Fondo Rischi con aggiornamento trimestrale	11	Rendicontazione trimestrale	100%	Certificato da AGRF	
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	8	Qualitativo SI / NO	SI		
	Equilibrio economico - finanziario	Gestione del contenzioso e contenimento dei costi per la tutela legale dell'azienda	8	N. cause affidate a legali esterni / N. totale contenziosi	Riduzione su anno precedente		
		Contenimento dei costi per definizioni transattive	8	N. transazioni/ (Importo liquidato / Importo richiesto)	Riduzione su anno precedente		
Recupero crediti (risarcimento danni e spese legali) rivenienti da condanna inflitta alla controparte da autorità giudiziaria ordinaria, amministrativa e contabile	N. procedure di recupero coattivo azionate/ N. sentenze passate in giudicato non eseguite	Attivazione procedure di recupero coattivo	8	N. procedure di recupero coattivo azionate/ N. sentenze passate in giudicato non eseguite	90%		
Recupero somme nei confronti dei Comuni morosi	N. procedure di recupero coattivo azionate/ N. Comuni morosi	Attivazione procedure di recupero coattivo in danno dei Comuni morosi	8	N. procedure di recupero coattivo azionate/ N. Comuni morosi	Interruzione dei termini di prescrizione per il 100% dei Comuni e attivazione recupero somme per almeno il 40% dei Comuni morosi		
Recupero crediti in materia di rivalsa sanitaria (Codici bianchi PS, Prestazioni non disdette, Mancato ritiro referti, Autocertificazioni)	N. Pratiche definite / N. Pratiche Totali	Potenziamento procedure per il recupero dei crediti dell'Azienda	8	N. Pratiche definite / N. Pratiche Totali	90%	Secondo quanto già pianificato con apposito gruppo di lavoro	
	N° Procedure coattive attivate	Attivazione procedure di recupero coattivo	8	N. Procedure coattive attivate	90%		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Les. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

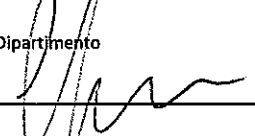
Il Direttore di Area/Struttura

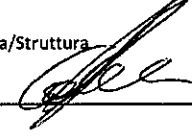
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
Sviluppo dei sistemi di Amministrazione Digitale, misure di Sicurezza e tutela della Privacy	Qualitativo SI / NO	Implementazione del Portale del Dipendente e della Piattaforma per la valutazione della Performance Individuale	8	Qualitativo SI / NO	SI	In collaborazione con Area Gestione Personale e UOS Sistemi Informativi Informativi	
		Evoluzione delle piattaforme di gestione documentale secondo le indicazioni della Direzione Strategica	8	Qualitativo SI / NO	SI		
		Assicurare l'attivazione delle caselle di posta elettronica certificata e di posta elettronica ordinaria di ciascun dipendente	8	Qualitativo SI / NO	SI		
		Implementazione a regime del servizio PAGO PA per tutte le prestazioni sanitarie in regime di SSN e in regime ALPI	8	Qualitativo SI / NO	SI		
		Implementazione delle misure GDPR per la compliance privacy - sicurezza logica	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Predisporre pareri ai servizi aziendali in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Definizione e monitoraggio delle misure privacy per i prestatori di servizi e/o provider esterni	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Implementazione per l'utilizzo della Identità Digitale da parte degli operatori aziendali	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica (DGR 78/2023)	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Utilizzo integrazione LIS aziendali con Sistema Regionale SIST	3	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	Miglioramento su anno precedente		
		Predisposizione sistemi informativi per la prescrizione dematerializzata	3	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	Miglioramento su anno precedente		
		Predisposizione sistemi informativi per la presa in carico della prescrizione dematerializzata	3	% Ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	Miglioramento su anno precedente		
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematiche CONSIP e InnovaPuglia.	Qualitativo SI / NO	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	5	Qualitativo SI / NO	SI		
		N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	3	% capitolati tecnici consegnati / capitolati tecnici richiesti	100%		
Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, alla ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico finanziari di bilanci concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	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	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendenti	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento


Il Direttore di Area/Struttura


OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	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	6	Flusso dei contratti di fornitura dispositivi medici	100%		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	6	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Gestione ordini e liquidazione beni di consumo sanitari	Gestione ordini e liquidazioni beni di consumo sanitari	Costituzione Ufficio Unico ordini e liquidazioni beni di consumo sanitari	8	Qualitativo SI / NO	SI	In collaborazione con Dipartimento Farmaceutico	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico - finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Predisposizione e aggiornamento del Programma biennale di acquisizione di beni e servizi	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio (DGR 78/2023)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	6	% di spesa rendicontata, nelle scadenze prefissate, sul totale delle previsioni di spesa	> 95%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	6	Aggiornamento del sistema di rendicontazione	100%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	6	Raggiungimento milestone PNRR	100%	per la parte di competenza	
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale	Invio CE trimestrale	Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da AGRF	
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni mobili, e quadratura con contabilità generale	6	Qualitativo SI / NO	SI		
		Aggiornamento inventario beni mobili mediante ricognizione fisica a rotazione	7	Qualitativo SI / NO	20% del totale cespiti		
		Adozione Regolamento su attività inventariazione	7	Qualitativo SI / NO	SI		
Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID 19	Porre in essere le misure regionali	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	1	Misure adottate / disposizioni direzione generale	100%		
Rapporti con gli erogatori privati	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Area/Struttura

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	3	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Predisposizione e aggiornamento del Programma triennale dei lavori pubblici	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario stabilite dalla Direzione Generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio (DGR 78/2023)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	8	% di spesa rendicontata, nelle scadenze prefissate, sul totale delle previsioni di spesa	> 95%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	8	Aggiornamento del sistema di rendicontazione	100%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	8	Raggiungimento milestone PNRR	100%	per la parte di competenza	
	Completamento interventi finanziati ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.	Riattivazione e completamento lavori ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.	8	Stato di avanzamento lavori	> 30%	per la parte di competenza	
	Rispetto procedure e tempi per la realizzazione del Nuovo Ospedale Sud Salento	Assicurare il rispetto della tempistica delle diverse fasi previste per la realizzazione del Nuovo Ospedale SUD Salento	8	Qualitativo SI / NO	SI		
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale.	Invio CE trimestrale	Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da AGRF	
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni, ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	5	Qualitativo SI / NO	SI		
	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	Espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	5	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	100%		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni immobili, e quadratura con contabilità generale	8	Qualitativo SI / NO	SI		
		Individuazione patrimonio disponibile e delibera per cessione a PVI	8	Qualitativo SI / NO	SI		
Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID 19	Porre in essere le misure regionali	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	1	Misure adottate / disposizioni direzione generale	100%		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	8	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Area/Struttura

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Coordinamento dei servizi amministrativi ospedalieri al fine di garantire la tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	6	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	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	8	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario stabilite dalla Direzione Generale per i suddetti Piani	8	Qualitativo SI / NO	SI		
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al Conto Economico trimestrale	Invio CE trimestrale	Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	12	Qualitativo SI / NO	SI		
	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	Gestione dell'Ufficio Gare Ospedaliere ed espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	20	% gare avviate / gare delegate	80%		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo SI / NO	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	8	Qualitativo SI / NO	SI		
Prevenzione e contrasto emergenza epidemologica COVID 19	Porre in essere le misure regionali	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	1	Misure adottate / disposizioni direzione generale	100%		
Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, alla ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilanci concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (DGR 1487/2019)	Qualitativo SI / NO	Coordinamento delle attività amministrative ospedaliere per l'acquisto e la fornitura di beni e servizi	12	Qualitativo SI / NO	SI		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Area/Struttura

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.C. Direzione Amministrativa P. O. FAZZI			SCHEDE OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA							
Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID 19	Porre in essere le misure regionali	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	1	Misure adottate / disposizioni direzione generale	100%		
Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e territoriale (DGR 78/2023)	Assicurare l'attivazione di tutti i nuovi posti letto previsti per l'ASL Lecce con il regolamento 14/2020 e s.m.i.	Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	6	Attivazione dei nuovi posti letto previsti dalla Direzione Generale in attuazione del RR. 14/2020 e s.m.i.	100%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	6	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	10	Qualitativo SI / NO	SI		
		Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	15	Report trimestrale	100%		
		Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	12	Qualitativo SI / NO	SI		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia.	Qualitativo SI / NO	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	8	Qualitativo SI / NO	SI		
		N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	12	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	100%		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo SI / NO	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - gestionali	5	Qualitativo SI / NO	SI		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

Lucrezia Sanna Goffi

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA							
Prevenzione e contrasto emergenza epidemologica COVID 19	Porre in essere le misure regionali	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	1	Misure adottate / disposizioni direzione generale	100%		
Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e territoriale (DGR 78/2023)	Assicurare l'attivazione di tutti i nuovi posti letto previsti per l'ASL Lecce con il regolamento 14/2020 e s.m.i.	Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	6	Attivazione dei nuovi posti letto previsti dalla Direzione Generale in attuazione del RR. 14/2020 e s.m.i.	100%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo S / NO	S		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	6	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo S / NO	S	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Planificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	10	Qualitativo S / NO	S		
		Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	15	Report trimestrale	100%		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	12	Qualitativo S / NO	S			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSP e InnovaPuglia.	Qualitativo S / NO	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	8	Qualitativo S / NO	S		
		Espletamento delle procedure di gara delegate alla scadenza degli affidamenti in atto	12	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	100%		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo S / NO	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - gestionali	5	Qualitativo S / NO	S		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo S / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo S / NO	S	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo S / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo S / NO	S	Certificato da Ufficio Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo S / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo S / NO	S		

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

Il Direttore Dipartimento

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA							
Prevenzione e contrasto emergenza epidemologica COVID 19	Porre in essere le misure regionali	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	1	Misure adottate / disposizioni direzione generale	100%		
Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e territoriale (DGR 78/2023)	Assicurare l'attivazione di tutti i nuovi posti letto previsti per l'ASL Lecce con il regolamento 14/2020 e s.m.i.	Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	6	Attivazione dei nuovi posti letto previsti dalla Direzione Generale in attuazione del RR 14/2020 e s.m.i.	100%		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	3	Qualitativo S / NO	S		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	6	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Gorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo S / NO	S	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	10	Qualitativo S / NO	S		
		Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	15	Report trimestrale	100%		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	12	Qualitativo S / NO	S			
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSP e InnovaPuglia.	Qualitativo S / NO	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	8	Qualitativo S / NO	S		
		N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	12	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	100%		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo S / NO	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - gestionali	5	Qualitativo S / NO	S		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo S / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo S / NO	S	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT	
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo S / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo S / NO	S	Certificato da Ufficio Formazione	
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA							
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo S / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo S / NO	S		

100

Per la Direzione Generale

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Unità Operativa

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.S.D. Ingegneria Clinica - HTA		SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023					
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
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	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	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	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	6	Num. giorni necessari per la liquidazione fatture dalla registrazione	Giorni liquidazione fattura ≤ 40 dalla registrazione	Certificato da Controllo di Gestione / AGRF	
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da U.O. Sistemi Informativi Aziendali	
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di attrezzature sanitarie e del Piano Triennale degli investimenti	8	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario stabilite dalla Direzione Generale	8	Qualitativo SI / NO	SI		
Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio (DGR 78/2023)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	8	% di spesa rendicontata, nelle scadenze prefissate, sul totale delle previsioni di spesa	> 95%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	8	Aggiornamento del sistema di rendicontazione	100%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	8	Raggiungimento milestone PNRR	100%	per la parte di competenza	
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia	Qualitativo SI / NO	Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	5	Qualitativo SI / NO	SI		
	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	Assicurare il raccordo con l'Area Patrimonio per l'espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	8	% capitolati tecnici consegnati / capitolati tecnici richiesti	100%		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo SI / NO	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili con particolare riferimento all'inventariazione delle attrezzature sanitarie	8	Qualitativo SI / NO	SI		
		Analisi costi / benefici sull'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie e della robotica	10	N. Report di valutazione per tipologia di grandi apparecchiature e robotica	Almeno 3 report di valutazione		
Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID 19	Porre in essere le misure regionali	Rendicontazione costi COVID in collaborazione con AGRF e Controllo di Gestione	1	Misure adottate / disposizioni direzione generale	100%		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Area/Struttura

DIPARTIMENTO S.T.P. - U.O.S.D. Monitoraggio investimenti e sviluppo progetti innovativi			SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023				
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario	Predisposizione e aggiornamento dei Piani Aziendali di investimento e sviluppo di progetti innovativi	20	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico-finanziario	Implementazione a regime di un sistema di monitoraggio e reportistica degli investimenti	12	Report bimestrali	100%		
		Attività di coordinamento per la rendicontazione degli investimenti e dei flussi informativi regionali e ministeriali	12	Qualitativo SI / NO	SI		
Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio (DGR 78/2023)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Attività di monitoraggio del rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	8	% di spesa rendicontata, nelle scadenze prefissate, sul totale delle previsioni di spesa	> 95%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	Attività di monitoraggio del rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	8	Aggiornamento del sistema di rendicontazione	100%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Attività di monitoraggio del rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	8	Raggiungimento milestone PNRR	100%	per la parte di competenza	
	Completamento interventi finanziati ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.	Riattivazione e completamento lavori ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.	8	Stato di avanzamento lavori	> 30%	per la parte di competenza	
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
	Collaborazione preventiva con ANAC per supporto negli atti di gara	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	11	Stipula di protocolli d'intesa con ANAC	100%		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

100

Per la Direzione Generale

Il Direttore Dipartimento

Il Direttore di Area/Struttura

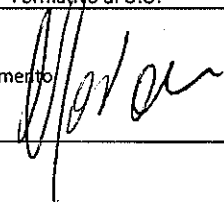
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

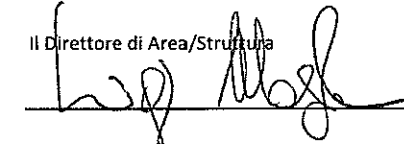
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Note	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI							
SANITA' DIGITALE – Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	Utilizzo integrazione LIS aziendali con Sistema Regionale SIST	5	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto	Miglioramento su anno precedente		
	Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	Incremento % prenotazioni online	5	% Prenotazioni online sul totale	Miglioramento su anno precedente		
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	5	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti	Miglioramento su anno precedente		
		Incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici	5	% Ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)	Miglioramento su anno precedente		
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	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Sviluppo sanità digitale	Informatizzazione procedure	Implementazione del Portale del Dipendente e della Piattaforma per la valutazione della Performance Individuale	8	Qualitativo SI / NO	SI	In collaborazione con Area Gestione Personale e UOS Amministrazione Digitale e Privacy	
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA							
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini della implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario - MOSS" (DGR 78/2023)	Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	6	Qualitativo SI / NO	SI		
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenete indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 1487/2019)	Pianificazione dell'attività nel rispetto dell'equilibrio economico - finanziario	Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di sistemi informativi e strumentazioni informatiche	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario	Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio (DGR 78/2023)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	8	% di spesa rendicontata, nelle scadenze prefissate, sul totale delle previsioni di spesa	> 95%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	8	Aggiornamento del sistema di rendicontazione	100%	per la parte di competenza	
	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	8	Raggiungimento milestone PNRR	100%	per la parte di competenza	
	Sviluppo della telemedicina	Elaborazione progetti di telemedicina compatibili con programmazione regionale	8	N. progetti elaborati	Almeno 2 progetti		
Ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia o in mancanza attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni ricorso agli strumenti di acquisto e negoziazioni telematici CONSIP e InnovaPuglia	Qualitativo SI / NO	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	3	Qualitativo SI / NO	SI		
	N. procedure di gara avviate / Affidamenti in scadenza	Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per l'espletamento delle procedure di gara in materia informatica alla scadenza degli affidamenti in atto	3	% capitolati tecnici consegnati / capitolati tecnici richiesti	100%		
Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge (DGR 78/2023)	Qualitativo SI / NO	Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili, con particolare riferimento all'inventariazione delle attrezzature informatiche	3	Qualitativo SI / NO	SI		
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo	Qualitativo SI / NO	Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	6	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato dal Direttore Amministrativo Aziendale	
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE							
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	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	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT	
		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)	2	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI	Certificato da Ufficio Formazione	

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore Dipartimentale


Il Direttore di Area/Struttura


STRUTTURA: U.O.C di Statistica ed Epidemiologia_Dott. Fabrizio Quarta		SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	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	16	Qualitativo SI / NO	SI	in caso di mancata implementazione cruscotto direzionale, produzione di report mensili		
Prevenzione e contrasto emergenza epidemiologica COVID 19	Porre in essere le misure regionali	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	7	Qualitativo SI / NO	SI			
Intensificare le attività di controllo e verifica sulla mobilità passiva	Effettuare le verifiche ed eventuali contestazioni entro i termini tassativi stabiliti dalla Regione	Assicurare la verifica per la mobilità passiva (in particolare per quanto concerne attività specialistica, ricoveri) per quanto di competenza	5	Verifiche e contestazioni entro i tempi tassativi comunicati dalla Regione	100%			
Verifica appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni	Controlli e verifica appropriatezza	Verifica appropriatezza dei ricoveri e prestazioni secondo i piani e le percentuali previste per l'allineamento con le indicazioni regionali	5	n. di controlli effettuati nel rispetto delle indicazioni regionali	100%			
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE								
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Implementazione strumenti sorveglianza epidemiologica: Registro Tumori, Registro Mortalità	Aggiornamento casistica Registro Tumori secondo programmazione CTS (SI/NO)	11	Qualitativo SI / NO	SI	pubblicazione periodica entro il 31.12.2023 del Registro Tumori secondo le indicazioni regionali		
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi regionali	Assicurare le funzioni di Responsabile Interno di Progetto del sistema informativo sanitario regionale (EDOTTO)	16	Qualitativo SI / NO	SI			
	Rispetto degli obblighi informativi ministeriali	Assicurare la trasmissione dei flussi informativi al NSIS	16	Qualitativo SI / NO	SI			
	Formazione e supporto	Assicurare la formazione e il supporto a tutte le Strutture aziendali per la corretta e completa implementazione dei flussi informativi di riferimento	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Programmazione sanitaria	Garantire il necessario supporto alla Direzione Sanitaria e a tutte le Strutture connesse per gli ambiti di competenza finalizzato alla programmazione sanitaria	Mettere in atto strategie organizzative e iniziative di programmazione sanitaria coerenti ed orientate sulla base dei dati disponibili sulla popolazione e sui servizi	5	Qualitativo SI / NO	SI			
		Stratificazione epidemiologica della popolazione per la rilevazione dei bisogni e la programmazione del governo dell'offerta	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	2	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio BRUNO

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Migliorare l'appropriatezza assistenziale ed organizzativa e la qualità delle prestazioni erogate	N. protocolli e procedure in materia di rischio clinico	Redazione e/o verifica e pubblicazione di procedure e protocolli aziendali in materia di rischio clinico	8	N. Protocolli, Procedure/altri documenti pubblicati / N. Di Protocolli, Procedure/altri documenti prodotti	> 90%			
	N. PDTA pubblicati	Verifica e pubblicazione di PDTA aziendali	8	N. PDTA aziendali pubblicati / N. PDTA aziendali prodotti (e affidati al Rischio Clinico per la pubblicazione)	> 90%			
Commissione Valutazione Sinistri	Qualitativo SI / NO	Garantire le attività di competenza nell'ambito della Commissione Valutazione Sinistri	7	Qualitativo SI / NO				
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE								
Piano Aziendale del Rischio Clinico	Qualitativo SI / NO	Redazione del Piano Aziendale del Rischio Clinico	9	Qualitativo SI / NO	SI			
Effettuare un'analisi degli eventi avversi segnalati al fine di contenerli	Stesura report annuale sugli eventi avversi	Monitoraggio degli eventi avversi / near miss	9	Stesura report annuale sugli eventi avversi / near miss / cadute segnalati	SI			
Diffondere la cultura della sicurezza delle cure	N. di partecipazione / supervisione audit	Partecipazione e supervisione delle attività di auditing relative a near miss ed eventi avversi di "minore entità"	9	N. di partecipazione / supervisione audit / N. Totale audit	> 90%			
	N. di audit gestiti	Gestione diretta degli audit relativi ad eventi sentinella, Significant Event Audit (SEA) e/o audit di sistema caratterizzati da elevata rilevanza organizzativa	9	N. di audit gestiti / N. Totale di audit individuati	> 90%			
	N. di procedure monitorate	Monitoraggio dell'applicazione di documenti aziendali in materi di rischio clinico	9	N. di procedure monitorate / N. Totale di procedure da monitorare	> 90%			
	N. di Safety Walkaround eseguiti programmati	Programmazione dell'attività di Safety Walkaround ("giri per la sicurezza"), con priorità definita sulla base di un'analisi del rischio attuale e potenziale	9	N. di Safety Walkaround eseguiti / N. Di Safety Walkaround programmati	> 90%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto degli obblighi informativi regionali	Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	6	Qualitativo SI / NO	SI			
	Rispetto degli obblighi informativi ministeriali	Garantire la tempestività dell'alimentazione dei flussi istituzionali	10	N. di segnalazioni gestite ed inserite sul SIMES entro 45 gg. / N. Totale di segnalazioni aperte	> 90%			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY
MONDO BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE e CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Implementazione misure e strumenti di prevenzione aziendale dei dipendenti sul lavoro	Assicurare consulenza e supporto psicologico dei dipendenti	15	N. casi Sportello Ascolto (Consulenze e Supporto Psicologico forniti ai dipendenti aziendali che ne facciano richiesta direttamente o tramite il medico competente)	100% delle richieste			
		Assicurare percorso psicoterapeutico ai dipendenti che ne abbiano bisogno	10	N. casi afferiti allo sportello ascolto che abbiano necessità di percorso psicoterapeutico	100% dei casi valutati come necessari di percorso psicoterapeutico			
		Assicurare consulenza e supporto ai direttori di struttura sui rischi psicosociali e nella gestione delle criticità gestionali e organizzative	20	N. consulenze su strutture aziendali (interventi di gestione dei rischi psicosociali e supporto al management nella gestione delle criticità organizzative, relazionali e gestionali)	100% delle richieste			
		Valutazione del rischio stress lavoro correlato	20	N. di interventi di valutazione del rischio stress lavoro correlato (sulla base di quanto previsto dal D.Lgs. N. 81/2008 e ss.mm.ii.)	raggiungimento degli obiettivi come da delibera del direttore generale (n. proposta 455/2023)			
		Formazione del personale dipendente in materia di rischi psicosociali	15	N. edizioni di formazione ECM (del personale dipendente in materia di rischi psicosociali)	Incremento su anno precedente			
		Elaborazione di un vademecum a divulgazione interna sulla leadership e sui criteri motivazionali per i collaboratori e per assicurare il benessere lavorativo	5	n. vademecum	1			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	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	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDISCHI

Il Direttore di Unità Operativa

Francesca Mardone

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Assicurare percorsi aziendali in linea con lo sviluppo organizzativo e le strategie aziendali	Porre in essere le misure previste dalla pianificazione aziendale	Proposta e attuazione Piano Formativo Aziendale	20	Adesione Delibera Piano Formativo 2023/2025	SI	approvazione DDG entro il 31 agosto 2023		
			20	N. di corsi interni realizzati / N. Di corsi richiesti	80%			
			20	N. Corsi – Comandi esterni autorizzati / Corsi richiesti e autorizzati dalla Direzione Strategica	100%			
			10	N. di tirocini autorizzati / N. Di tirocini richiesti	100%			
			7	N. di patrocini concessi / patrocini richiesti	100%			
			5	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	SI			
5	diffusione delle informazioni attraverso le mail istituzionali personali e canali media (telegram) per il raggiungimento di tutti i dipendenti	100% dei dipendenti	80% dei dipendenti					
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali	Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale		Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013	
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAN
Antonio Bran

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI
Yanko Tedeschi

Il Direttore di Unità Operativa
Paolo Moscara

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Progetto Hospitality	Attuazione del Progetto secondo le linee guida della Regione	Attuazione del Progetto a livello aziendale, secondo le linee guida regionali, garantendo consulenza e supporto a tutte le Strutture sanitarie interessate	11	Qualitativo SI / NO	SI			
Aggiornamento del portale regionale	N. di aggiornamenti	Aggiornamento del portale regionale	11	N. di aggiornamenti / informazioni registrate sul portale	> 60%			
Miglioramento accoglienza persone fragili	Strumenti di comunicazione	Realizzazione Carta dei Diritti delle persone fragili in ospedale	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Guida ai servizi	Strumenti di comunicazione	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	8	Qualitativo SI / NO	SI			
Utilizzo dei sistemi social di comunicazione	N. di pubblicazioni sui sistemi social	Pubblicazioni di post sul canale facebook istituzionale	11	N. di post pubblicati a settimana	> 2			
		Pubblicazione dei concorsi banditi dalla ASL su LinkedIn	11	N. di pubblicazioni di concorsi banditi dalla ASL su LinkedIn / totale di concorsi banditi	> 30%			
Gestione delle segnalazioni degli utenti all'URP	N. di segnalazioni prese in carico	Gestione delle segnalazioni pervenute all'URP	11	N. di segnalazioni prese in carico / totale segnalazioni	100%			
		Risposte alle segnalazioni pervenute	11	Risposte alle segnalazioni / segnalazioni scritte	> 80%			
Integrazione al coordinamento della comunicazione in sanità	Partecipazione ad incontri gruppo regionale di coordinamento	Assicurare la partecipazione alle iniziative del gruppo regionale di coordinamento della comunicazione in sanità	11	N. di partecipazioni al gruppo regionale di coordinamento / totale inviti del gruppo di coordinamento	> 90%			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali	Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: VALUTAZIONE PARTECIPATIVA								
Adozione piano interventi di valutazione partecipativa	Qualitativo SI / NO	Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 DIRETTORE GENERALE
 Avv. Stefano **ROSSI**

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 Il Direttore Sanitario
 Dott. Antonio **BRAY**
Antonio Bray

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko **TEDESCHI**
Yanko Tedeschi

Il Direttore di Unità Operativa
[Signature]

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE e CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA								
Predisposizione e gestione delle agende di prenotazione informatizzate al fine di migliorare l'accesso ai servizi e il rapporto tra domanda e offerta delle prestazioni sanitarie	N. di agende revisionate	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%)	10	N. di agende revisionate / totale agende aperte	100%			
	N. nuove agende UBD	Promozione apertura agende UBD	10	N. di agende UBD nuove / totale agende UBD	+ 5% su anno precedente			
Attivazione ed incremento di punti di prenotazione esterni all'azienda secondo regole aziendali (Convenzioni tramite Protocollo d'intesa specifici per categorie : Farmacie, Parafarmacie, Associazioni di Volontari)	N. nuove attivazioni	Incremento punti di prenotazione esterna	10	N. nuove attivazioni / totale punti di prenotazione esterna	Incremento su anno precedente			
Centrale Operativa	Qualitativo SI / NO	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	10	Qualitativo SI / NO	SI			
Monitoraggio per il governo delle liste d'attesa ex ante istituzionale e ALPI (nel rispetto del PNGLA)	N. di elaborazioni previste	Elaborazione (mensile, trimestrale, semestrale) dei report relativi ai tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel rispetto delle scadenze previste	10	N. di elaborazioni previste	100%			
Rispetto del Piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d Attesa (PRGLA) vigente [LR. n. 13/2019 e D.G.R. n. 735 del 18/4/2019]. (DGR 1487/2019)(DGR 78/2023)(DGR 262/2023)	Attuazione del piano aziendale per il governo dei tempi di attesa	Predisporre un cruscotto direzionale ovvero produzione report periodici che permetta il monitoraggio dei tempi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriali	10	Qualitativo SI / NO	SI	in caso di mancata implementazione cruscotto direzionale, produzione di report mensili		
		Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	10	N. agende dedicate aperte	Incremento su anno precedente			
Miglioramento dei servizi al cittadino	Miglioramento dei servizi al cittadino	Implementare i servizi al cittadino per le prenotazioni, prediligendo servizi telematici e telefonici	5	incremento punti telefonici call center compatibilmente con le risorse disponibili	+20%			
Gestione del personale	Qualitativo SI / NO	Gestione diretta del personale afferente al servizio, in accordo con la Società in house	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Manutenzione e aggiornamento delle basi dati secondo la normativa regionale e nazionale	Monitoraggio	Aggiornamento sulla procedura delle prestazioni e dei sistemi di monitoraggio	7	N. di aggiornamenti effettuati	100%			
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti	Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali	Assicurare i monitoraggi secondo le direttive e le scadenze regionali	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione
AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
DIRETTORE GENERALE
Avv. Stefano ROSSI

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio BRAY

Antonio Bray

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa

Yanko Tedeschi

STRUTTURA: U.O.S.D. di Prevenzione e Protezione Aziendale, Dr.ssa Sandra Santacroce SCHEDA OBIETTIVI OPERATIVI 2023

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PESO	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE								
Assicurare le misure previste dalla normativa vigente nazionale e regionale in materia di prevenzione e protezione aziendale sulla salute e sicurezza sul lavoro	Implementazione degli strumenti e delle misure previste dalla normativa nazionale e regionale	Attuazione del processo di seguito specificato	8	Qualitativo SI / NO	SI			
		Analisi e verifica del contesto organizzativo dei requisiti legislativi e della documentazione	8	Analisi del contesto organizzativo	SI			
			8	Individuazione dei requisiti legislativi, acquisizione e controllo della documentazione	SI			
		Pianificazione	8	Identificazione dei pericoli e valutazione dei rischi	SI			
			8	Identificazione e pianificazione delle misure e interventi di prevenzione e protezione da attuare	SI			
		Attuazione, controlli operativi e verifiche (trattamento del rischio)	8	Attuazione, controllo operativo e verifica delle misure di prevenzione e protezione delle misure generali di tutela pianificate e della loro efficacia	SI			
			Gestione delle procedure organizzative e degli istituti relazionali	8	Gestione delle procedure organizzative, gestionali e operative interne e di rapporto con le autorità e i fornitori	SI		
		8		Gestione delle procedure inerenti i processi di formazione, comunicazione (interna ed esterna), informazione, consultazione e partecipazione	SI			
		Riesami e valutazione prestazionali	8	Riesame periodico, analisi e valutazione dei dati di monitoraggio e controllo	SI			
			8	Rilevazioni di non conformità, infortuni, incidenti e anomalie	SI			
Miglioramento continuo	5	Identificazione delle azioni correttive e migliorative ai fini del miglioramento continuo	SI					
Implementazione di una rete degli addetti al SPPA per la copertura integrale di ogni Macrostruttura della ASL	3	Qualitativo SI / NO	SI					
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali	Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	5	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale
STEFANO ROSSI
2023.07.11.13:57:11
CIRCOLO STAMPA
CANTIERE PUBBLICO
2.5 A. STAMPATO 04/06/2023

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
Il Direttore Sanitario
Dott. Antonio BRAY
Antonio Bray

AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Yanko TEDESCHI
Yanko Tedeschi

Il Direttore di Unità Operativa
Sandra Santacroce

STRUTTURA: U.O.S.D. Ufficio Medico Competente_Dr.ssa Rosanna Muia		SCHEMA OBIETTIVI OPERATIVI 2023						
OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVI OPERATIVI	PES O	INDICATORI	VALORE TARGET	Range accettabilità	RISULTATI ATTESI 2023	RISULTATI 2023
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE								
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025 ai sensi della DGR 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza (DGR 78/2023)	Implementazione misure e strumenti di prevenzione aziendale dei dipendenti sul lavoro	Visite previste dal D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii. Lavoratori e Personale Tirocinante	18	Visite effettuate / Visite previste	100%			
		Esecuzione prelievi ematici (Lavoratori e tirocinanti)	18	Prelievi effettuati / Prelievi previsti	100%			
		Vaccinazione in favore dei dipendenti	18	Numero vaccinati 2023	Incremento su anno precedente			
		Protocolli Post – Esposizione Incidente occupazionale a rischio biologico personale ASL	18	Definizione e attuazione dei Protocolli Post – Esposizione Incidente occupazionale a rischio biologico personale ASL	SI			
		Implementazione di un cruscotto per la Direzione Generale con report sintetico della distribuzione delle limitazioni del personale dipendente all'interno delle macrostrutture	15	Aggiornamento mensile del cruscotto con elaborazione dei dati grezzi ed evidenza per patologia e per i diversi parametri (genere, età, etc), ivi compresa la qualifica del lavoratore e la struttura di riferimento	SI			
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE, FLUSSI INFORMATIVI E QUALITA' DEI DATI								
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali	Rispetto degli obblighi informativi regionali e ministeriali	Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	6	Qualitativo SI / NO	SI			
Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE								
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012 e s.m.i. (DGR 78/2023)	Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	2	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	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT		
			2	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)	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale	Certificato da RPCT anche sulla base dell'attestazione OIV ai sensi dell'Art. 14, comma 4, lett. G DLGS 150/2009 e del D.Lgs. n. 33/2013		
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO	Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	3	Qualitativo SI / NO	SI			
			100					

Per la Direzione Generale



AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE

Il Direttore Sanitario

Dott. Antonio GRAY

 AZIENDA SANITARIA LOCALE LECCE
 IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
 Dott. Yanko TEDESCHI

Il Direttore di Unità Operativa