

**ASL LECCE**  
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

Sede Legale e Direzione Generale  
Lecce

<b>DELIBERAZIONE NUMERO</b>	<u>256</u>	<b>DEL</b>	<u>31 GEN. 2017</u>
-----------------------------	------------	------------	---------------------

<b>OGGETTO:</b>	Piano della Performance ASL LE 2017 – 2019.
-----------------	---

L'anno 2014 il giorno 31 del mese di Gennaio

in Lecce, nella Sede della Azienda , in via Miglietta n.5

STRUTTURA (Codice)	CENTRO DI COSTO (Codice)

STRUTTURA	CENTRO DI COSTO
	Direzione Generale

### IL DIRETTORE GENERALE

- Visto il D.Lgs. 30/12/1992 n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Vista la Legge Regionale 28/12/1994, n.36;
- Vista la Legge Regionale 30/12/1994, n.38;
- Vista la Legge Regionale 03.08.2006, n.25;
- Vista la Legge Regionale 28/12/2006, n.39;
- Vista la L.R. 25.2.2010, n. 4;
- Vista la Deliberazione della Giunta Regionale n.162 del 29.02.2016;
- Vista la Deliberazione del Direttore Generale n.1 del 17/03/2016;
- Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario;

*Il Direttore dell'U.O.C, Controllo di Gestione, Dott.Vito Gigante, relaziona e propone in merito:*

Premesso:

- Che il D.Lgs. n. 150/09, all'art. 10, con lo scopo di assicurare qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance aziendale, stabilisce l'adozione, in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, di un documento programmatico denominato Piano della Performance;
- Che la CIVIT (Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche), con deliberazione n. 112 del 28 ottobre 2010, ha fornito istruzioni operative per la redazione del Piano della Performance, prevedendo altresì che ordinariamente nelle amministrazioni vi sia un processo di definizione di "azioni di miglioramento continuo del Ciclo di gestione della Performance";

Dato atto:

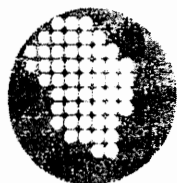
- Che la regione Puglia nel "*Documento di Economia e Finanza Regionale 2017 - 2019*", approvato con D.G.R. n. 1974 del 5/12/2016, prevede tra le azioni strategiche la definizione di un sistema di misurazione e valutazione delle performance delle strutture sanitarie sulla base del modello M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, da porre a base della valutazione del management aziendale;
- Che con successiva D.G.R. n. 2198 del 28/12/2016 la regione Puglia, sulla base della programmazione strategica regionale e in aderenza al sistema di valutazione basato sul modello M.E.S. della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ha definito e assegnato alle Aziende Sanitarie del S.S.R. gli obiettivi di performance per il triennio 2016 - 2018;

Considerato:

- Che in applicazione delle disposizioni del Decreto Legislativo n. 150/2009 ed in coerenza con le indicazioni contenute nella delibera CIVIT n. 112/2010, è stata predisposta, a cura dell'Unità Programmazione e Controllo di Gestione, sulla base degli indirizzi e degli obiettivi strategici definiti dalla regione Puglia con la citata DGR 2198/2016, bozza del Piano della Performance dell'ASL di Lecce per il triennio 2017-2019;
- Che con nota prot. 12354 del 24 gennaio 2017 la suddetta bozza è stata trasmessa al Collegio di Direzione per le valutazioni di competenza ed al fine di avviare il processo di condivisione che coinvolgerà, a cascata, tutte le unità operative aziendali;

Dato atto che in data 30 gennaio 2017 si è riunito il Collegio di Direzione, che ha fatto pervenire il proprio verbale in data 31.01.2017;

Ritenuto, pertanto, di procedere alla formale adozione del Piano della Performance per il triennio 2017 - 2019 ed alla relativa pubblicazione, in osservanza della vigente normativa, sul sito istituzionale dell'Azienda.



# ASL LECCE

SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

COLLEGIO DI DIREZIONE

Presidente: dr. Rodolfo Rollo - Vice Presidente: dr. Osvaldo Maiorano

Segreteria: 0832 215647- 226024 - 215703 - 215653fax0832 226026

e-mail: [collegiodirezione@asl.le.it](mailto:collegiodirezione@asl.le.it)

PEC: [protocollo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.lecce@pec.rupar.puglia.it)

## VERBALE N. 7 DEL 30 GENNAIO 2017

Il giorno 30 gennaio 2017 alle ore 10:30, presso la sala riunioni sita al primo piano della palazzina della Direzione Generale della ASL di Lecce, si è riunito il Collegio di direzione, nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 82 del 10/03/2015, per la seduta straordinaria, convocata con mail del 24 gennaio su iniziativa della direzione strategica, con nota prot. 12354.

Il Presidente, in via preliminare, constata la presenza della metà più uno dei componenti, ai sensi dell'art. 2 comma 6 della LR 43/2014 e dichiara aperta la seduta. Introduce i lavori, giustificando la rapidità della convocazione con la richiesta di parere della Direzione generale.

Il Presidente invita il direttore del Controllo di Gestione ad illustrare la bozza di Piano della Performance 2017 – 2019 oggetto di esame.

Il Dott. Gigante precisa che l'adozione del Piano della *Performance* discende da un obbligo normativo contenuto nel D. Lgs n. 150/2009; precisa, altresì, che il documento è stato redatto secondo le indicazioni contenute nella Deliberazione (ex CIVIT) n. 112/2010.

Tale adempimento è confermato negli obblighi di trasparenza e pubblicità di cui al D.Lgs n. 33/2013 e ss.mm.ii.

L'analisi del contesto si basa su dati a consuntivo relativi al 2015, non essendo allo stato ancora disponibili i dati a consuntivo dell'anno 2016.

Pertanto, gli obiettivi di *performance* assegnati dalla Regione alle aziende sanitarie fanno riferimento al triennio 2016 – 2018, prendendo a base i risultati raggiunti nel 2015.

Gli obiettivi strategici sono definiti e contenuti nelle DD.GG.RR. nn. 2595/2014, 162/2016 e 2198/2016.

Nel Piano è riportato, inoltre, il posizionamento della ASL di Lecce con riferimento agli indicatori M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, utilizzati dalla Regione Puglia come parametro di riferimento (anno 2015) degli obiettivi triennali della DGR 2198/2016.

Le schede allegate contengono, per ciascun obiettivo strategico, una proposta di azioni /obiettivi operativi e l'indicazione delle strutture coinvolte.

A conclusione degli interventi, il Presidente propone la seguente mozione, da sottoporre a voto del Collegio:



1. **Approvazione** del Piano della *Performance* 2017 – 2019 nella sola parte relativa agli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale e meglio riassunti nella DGR 162/2016 ;
2. **Avvio da subito di un percorso di condivisione e definizione degli obiettivi operativi** con un crono programma valevole per l'anno 2017, partendo da una proposta fatta dalla Direzione Strategica ai Direttori delle macrostrutture aziendali, con chiara indicazione delle risorse ritenute disponibili, considerati i vincoli di bilancio, e assegnate anche attraverso la ri-attribuzione di quelle liberate;
3. Con la definizione del nuovo organigramma delle principali strutture aziendali, procedere alla **attribuzione degli obiettivi specifici alle UOC**, utilizzando per la verifica dei risultati, gli indicatori voluti dalla DGR 2198/2016 insieme ad altri, legati alle specificità di alcune strutture ( ad es. Salute Mentale e Prevenzione);
4. **Impegno** del Collegio di Direzione di riunirsi entro febbraio p.v. per dare corso ai lavori previsti nelle fasi 2 e 3 in precedenza dettagliate.

La mozione proposta viene approvata all'unanimità dei presenti.

Il presente verbale, debitamente sottoscritto dai presenti, su apposito foglio di firma, che ne costituisce parte integrante e sostanziale, sarà trasmesso al direttore generale e al presidente del Collegio sindacale, come previsto dall'art. 4 comma 10 della citata LR 43/2014.

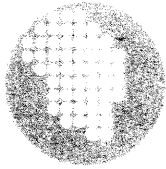
La riunione si conclude alle ore 13.20.

La segretaria

dot.ssa Barbara Garnerò

Il Presidente

Dr. Rodolfo Rollo



**ASL LECCE**  
SERVIZIO SANITARIO DELLA PUGLIA

---

# **PIANO DELLA PERFORMANCE**

## **2017 - 2019**

## Indice

1. Presentazione del Piano
2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni
  - 2.1 Chi siamo
  - 2.2 Cosa facciamo
  - 2.3 Come operiamo
3. Identità
  - 3.1 Amministrazione "in cifre"
  - 3.2 Mandato istituzionale e Missione
4. Analisi del contesto
  - 4.1 Analisi del contesto esterno
  - 4.2 Analisi del contesto interno
5. Obiettivi strategici
  - 5.1 Albero delle performance
  - 5.2 Posizionamento ASL Lecce obiettivi DGR 2198/2016 – Indicatori MeS Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa – Anno 2015
6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi
  - 6.1 Obiettivi delle Unità Operative ed obiettivi assegnati al personale dirigenziale
7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance
  - 7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano
  - 7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio
  - 7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

## **1. Presentazione del Piano**

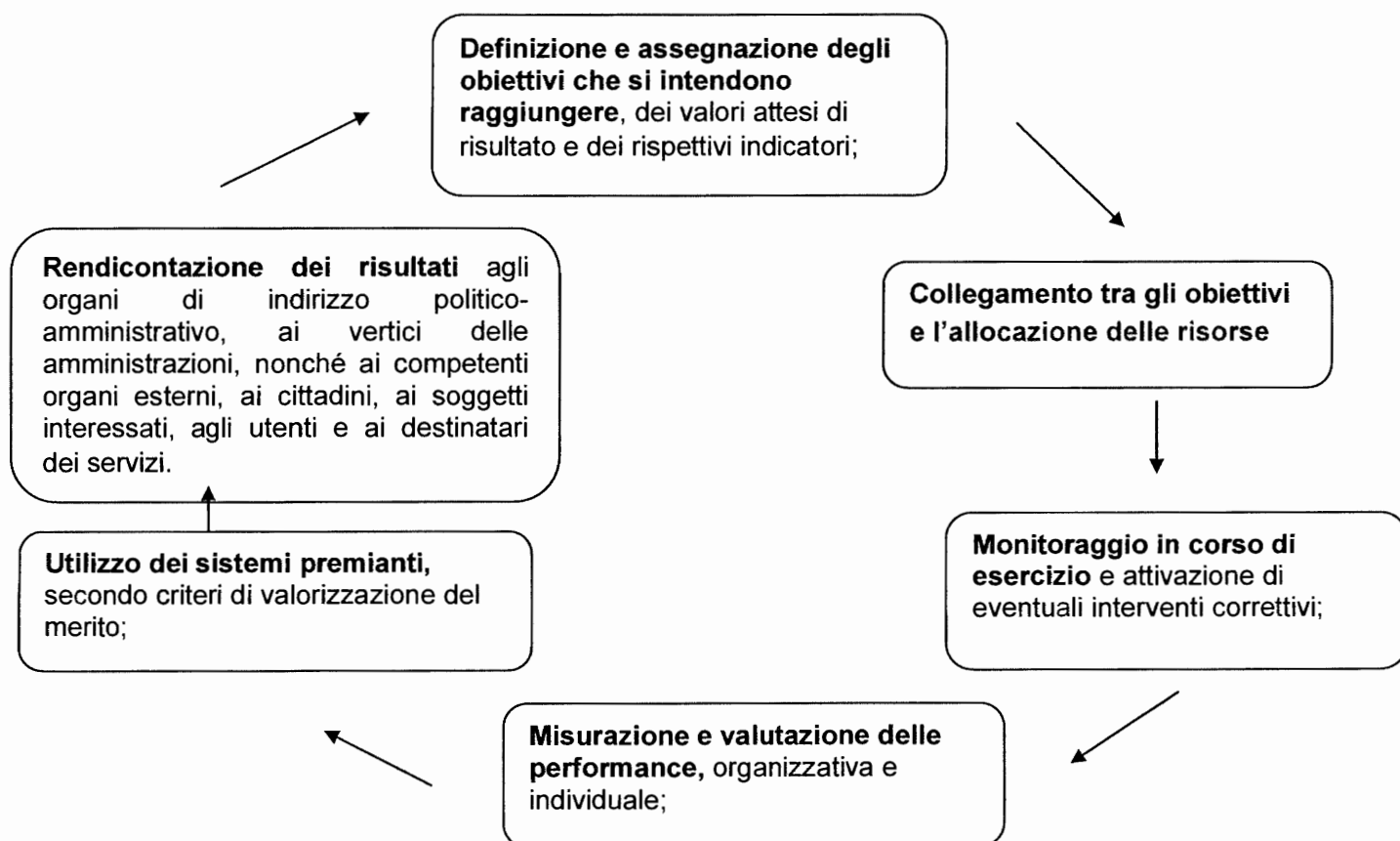
Il presente Piano viene adottato in coerenza ai principi fissati dal D.Lgs. n.150/2009 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", che prevede l'adozione di un documento programmatico triennale denominato Piano della Performance che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell'interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il Piano della performance ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce si è prefissata per il triennio 2017-2019 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

## **2. Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni**

La misurazione e la valutazione delle performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'ASL di Lecce, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati raggiunti dai singoli dipendenti e dalle unità organizzative.

L'Azienda è tenuta a misurare ed a valutare le performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità, ai singoli dipendenti, mediante la gestione del "ciclo delle performance" articolato nelle seguenti fasi:





## 2.1 Chi siamo

Le Aziende Sanitarie Locali sono dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

La ASL LECCE nasce dall'accorpamento delle ex AUSL LE/1 di Lecce e LE/2 di Maglie, avvenuto nel 2007 in attuazione del Regolamento Regionale n. 9 del 30 marzo 2007, ed ha competenza territoriale sull'intera provincia di Lecce. Il suo territorio è di circa 2.800 Km<sup>2</sup> su cui insiste una popolazione di 804.239 abitanti residenti (dati Istat 1.1.2016) cui vanno aggiunte le migliaia di presenze esterne determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

Costituiscono Macrostrutture aziendali i Distretti Socio-Sanitari, i Presidi Ospedalieri, i Dipartimenti Territoriali, le Aree e i Servizi Centrali.

La sede legale è in Via Antonio Miglietta 5 - Lecce  
Il sito internet istituzionale è [www.asl.lecce.it](http://www.asl.lecce.it)

## 2.2 Cosa facciamo

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

I LEA sono ricompresi in tre grandi aree:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, cui afferiscono tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli
- l'assistenza distrettuale, che comprende le prestazioni di medicina di base e farmaceutica, l'assistenza specialistica, l'assistenza territoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale, l'integrazione sociosanitaria.
- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e riabilitazione.

## 2.3 Come operiamo

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti viene assicurata nel rispetto dei fondamentali principi e valori che possiamo riassumere come segue:

- EGUAGLIANZA: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- PARTECIPAZIONE: l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- RISPETTO della dignità umana;
- EQUITÀ e IMPARZIALITÀ vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- CENTRALITÀ DELLA PERSONA: il cittadino è una persona con una sua specificità biologica, psicologica e sociale alla quale occorre garantire risposte basate su una valutazione multidimensionale e personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico-sociale;
- UMANIZZAZIONE: le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico;
- DIRITTO DI SCELTA: il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare;

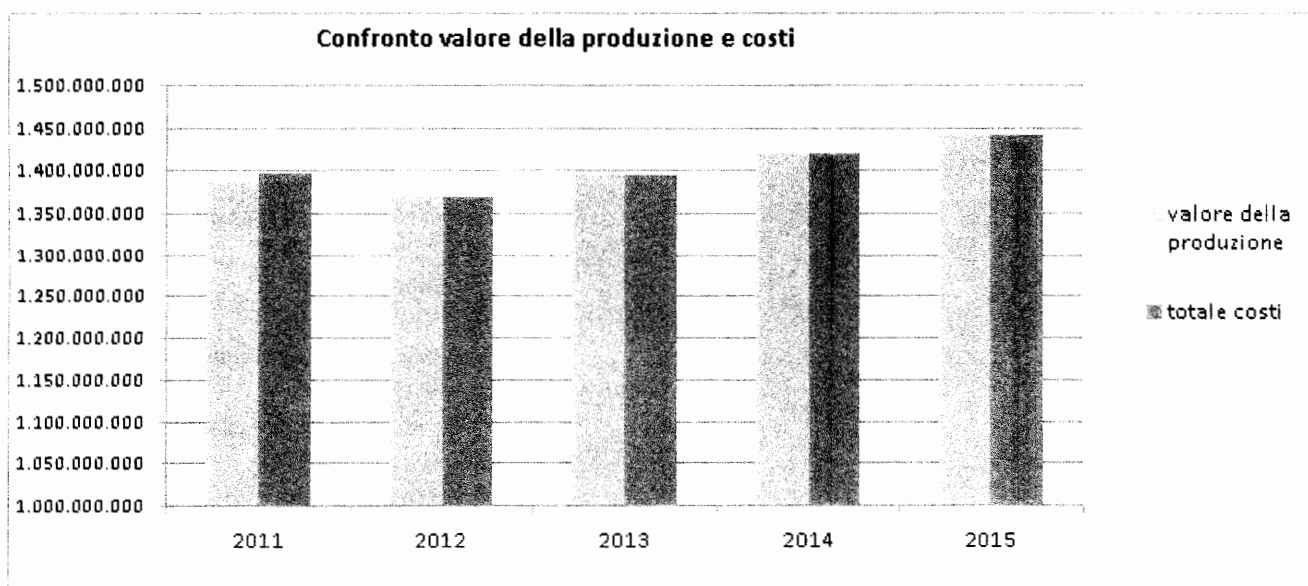
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA SANITARIA:** i servizi sanitari devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido e l'economicità nell'impiego delle risorse;
- **CONTINUITA':** Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo continuativo;
- **TRASPARENZA:** i cittadini e le loro associazioni hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane in maniera ottimale nel rispetto del bene pubblico;
- **APPROPRIATEZZA:** intesa come insieme di strumenti, tempi, azioni poste in essere da professionisti competenti, supportate da evidenze scientifiche in termini di efficacia delle cure e delle procedure organizzative adottate;
- **SICUREZZA DEI PRODOTTI, PROCESSI E AMBIENTI DI LAVORO,** intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi

### 3. Identità

#### 3.1 Amministrazione "in cifre"

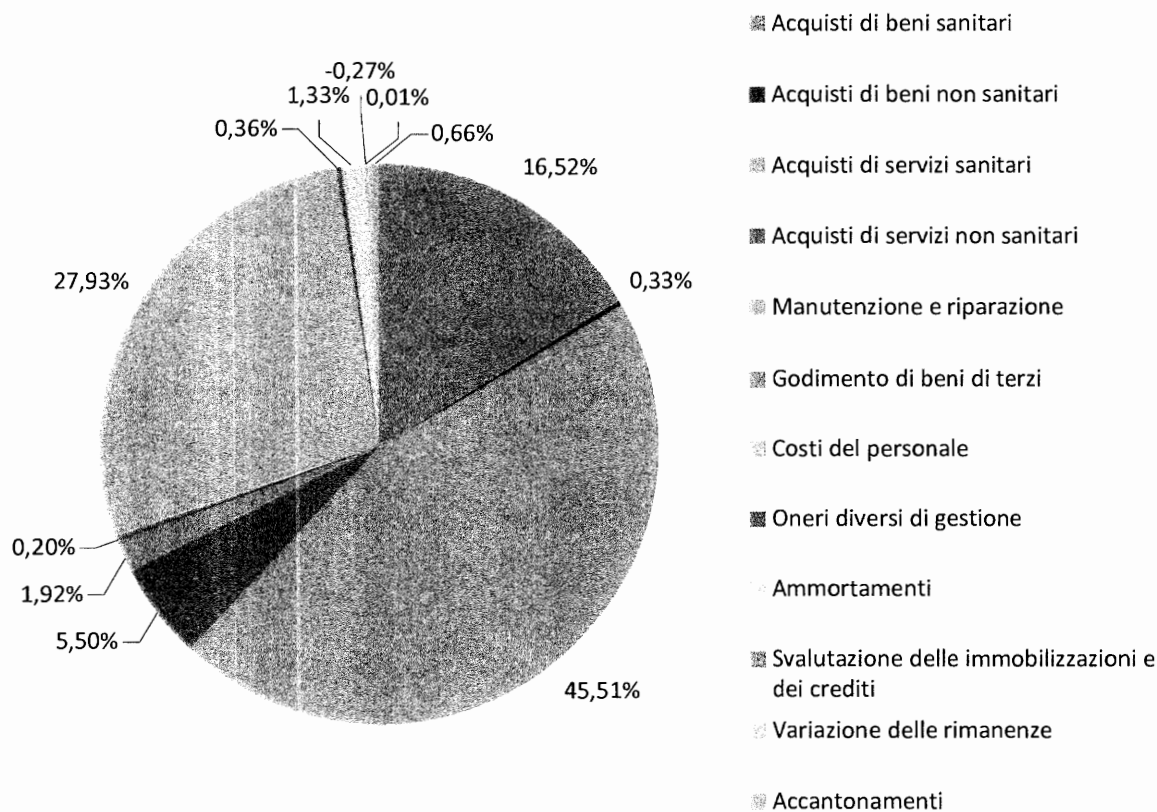
Quadro economico-finanziario Esercizi 2011 - 2015:

Comparazione macro-aggregati di bilancio ASL LE					
voci di riferimento	2011	2012	2013	2014	2015
valore della produzione	1.385.634.668,80	1.369.132.838,71	1.393.651.157,74	1.419.235.945,96	1.441.916.568,00
costi della produzione	1.364.658.236,79	1.337.862.870,34	1.364.260.563,15	1.391.705.394,93	1.412.832.403,00
altre voci di bilancio	32.787.135,18	31.460.066,86	29.364.819,96	27.519.136,92	28.998.311,00
<b>totale costi</b>	<b>1.397.445.371,97</b>	<b>1.369.322.937,20</b>	<b>1.393.625.383,11</b>	<b>1.419.224.531,85</b>	<b>1.441.830.714,00</b>
<b>risultato d'esercizio</b>	<b>11.810.703,17</b>	<b>190.098,49</b>	<b>25.774,63</b>	<b>11.414,11</b>	<b>85.854,00</b>



**Composizione per macro-aggregati dei costi di produzione - anni 2014-2015**

macro aggregati costi bilancio	valore_2014	inc.% su tot.costi	valore_2015	inc.% su tot.costi
Acquisti di beni sanitari	211.210.312,38	15,18%	233.367.770,00	16,52%
Acquisti di beni non sanitari	4.950.129,94	0,36%	4.727.568,00	0,33%
Acquisti di servizi sanitari	631.838.318,62	45,40%	642.962.964,00	45,51%
Acquisti di servizi non sanitari	77.105.130,03	5,54%	77.762.652,00	5,50%
Manutenzione e riparazione	22.651.954,53	1,63%	27.085.993,00	1,92%
Godimento di beni di terzi	2.972.598,88	0,21%	2.891.486,00	0,20%
Costi del personale	397.737.687,13	28,58%	394.583.462,00	27,93%
Oneri diversi di gestione	5.079.067,48	0,36%	5.103.011,00	0,36%
Ammortamenti	18.611.969,00	1,34%	18.752.299,00	1,33%
Svalutazione delle	6.153.551,40	0,44%	146.973,00	0,01%
Variazione delle rimanenze	1.397.653,75	0,10%	3.858.675,00	-0,27%
Accantonamenti	11.997.021,79	0,86%	9.306.900,00	0,66%
<b>totale costi della produzione</b>	<b>1.391.705.394,93</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.412.832.403,00</b>	<b>100,00%</b>

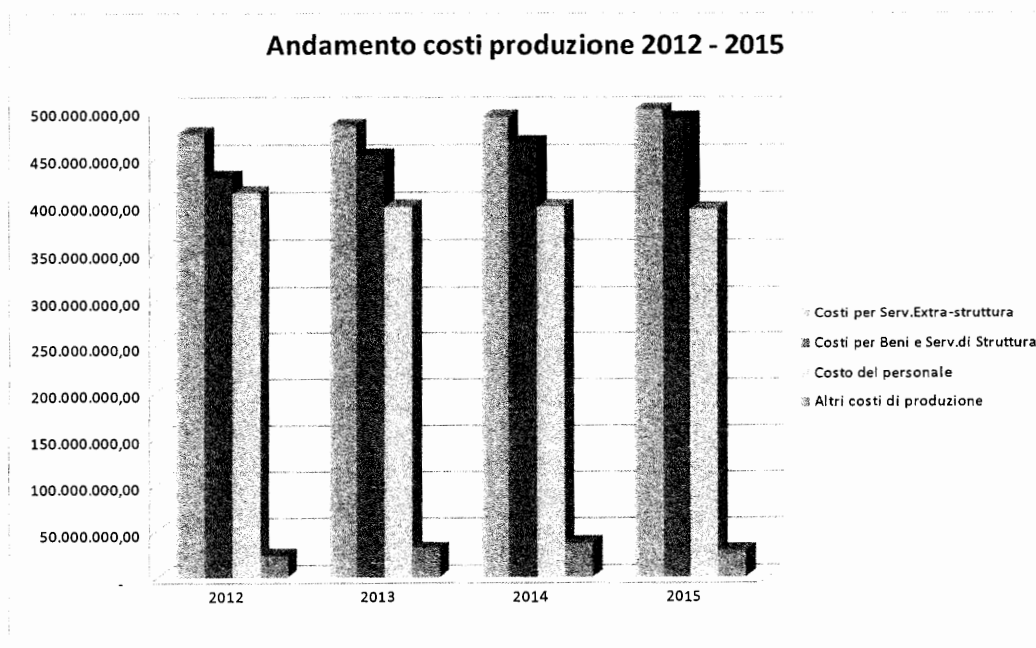


### Andamento costi di produzione distinti per costi di struttura ed extrastruttura 2012 - 2015

raggruppamento costi	2012	% su totale	2013	% su totale	2014	% su totale	2015	% su totale
Mob.tà passiva da pubblico	76.880.548,00	5,75%	83.164.519,00	6,10%	82.500.079,14	5,93%	84.246.683,00	5,96%
Mob.tà passiva da privato	81.343.538,00	6,08%	85.343.538,00	6,26%	87.218.077,00	6,27%	88.218.077,00	6,24%
Farmaceutica convenzionata	136.538.755,93	10,21%	134.354.353,52	9,86%	135.124.176,07	9,71%	132.053.291,00	9,35%
Integrativa e protesica	24.486.417,64	1,83%	22.333.183,34	1,64%	26.553.102,98	1,91%	28.694.957,00	2,03%
Ospedaliera	62.011.194,06	4,64%	60.011.047,02	4,40%	59.950.931,48	4,31%	61.025.817,00	4,32%
Specialistica ambulatoriale	37.610.417,08	2,81%	36.270.175,48	2,66%	35.302.837,72	2,54%	36.379.165,00	2,57%
Riabilitativa e Sociosanitaria	46.253.005,26	3,46%	52.779.281,98	3,87%	55.062.664,45	3,96%	58.585.361,00	4,15%
Altri Serv.Sanitari extrastruttura	4.650.967,44	0,35%	4.680.998,46	0,34%	4.988.088,48	0,36%	5.151.908,00	0,36%
Intramoenia Costi	4.592.993,38	0,34%	4.412.200,77	0,32%	5.094.281,95	0,37%	5.146.734,00	0,36%
<b>Costi per Serv.Extra-struttura</b>	<b>474.367.836,79</b>	<b>35,46%</b>	<b>483.349.297,57</b>	<b>35,47%</b>	<b>491.794.239,27</b>	<b>35,34%</b>	<b>499.501.993,00</b>	<b>35,35%</b>
Mat.di consumo sanitari	193.006.225,33	14,43%	202.233.695,74	14,84%	211.210.312,38	15,18%	233.343.189,00	16,52%
Mat.di consumo non sanitari	5.349.374,96	0,40%	5.244.838,06	0,38%	4.950.129,94	0,36%	4.727.568,00	0,33%
Variazione delle rimanenze	- 5.026.061,00	-0,38%	1.642.774,20	0,12%	1.397.653,75	0,10%	- 3.858.675,00	-0,27%
Servizi Sanitari di struttura	131.600.251,62	9,84%	139.961.512,11	10,27%	142.904.788,69	10,27%	146.354.386,00	10,36%
Servizi non Sanitari di Struttura	70.320.521,28	5,26%	71.280.824,41	5,23%	74.244.420,69	5,33%	75.058.311,00	5,31%
Manutenzione e riparazione	26.527.097,75	1,98%	22.975.001,44	1,69%	22.651.954,53	1,63%	26.918.594,00	1,91%
Godimento di beni di terzi	2.919.657,71	0,22%	3.153.348,77	0,23%	2.972.598,88	0,21%	2.894.392,00	0,20%
Altri costi di produzione	3.859.664,78	0,29%	4.738.688,75	0,35%	5.079.067,48	0,36%	5.103.011,00	0,36%
<b>Costi per Beni e Serv.di Struttura</b>	<b>428.556.732,43</b>	<b>32,03%</b>	<b>451.230.683,48</b>	<b>33,12%</b>	<b>465.410.926,34</b>	<b>33,44%</b>	<b>490.540.776,00</b>	<b>34,72%</b>
<b>Costo del personale</b>	<b>412.092.146,29</b>	<b>30,80%</b>	<b>397.726.126,46</b>	<b>29,19%</b>	<b>397.737.687,13</b>	<b>28,58%</b>	<b>394.583.462,00</b>	<b>27,93%</b>
<b>Altri costi di produzione</b>	<b>22.846.154,83</b>	<b>1,71%</b>	<b>30.213.943,45</b>	<b>2,22%</b>	<b>36.762.542,19</b>	<b>2,64%</b>	<b>28.206.172,00</b>	<b>2,00%</b>
<b>Totale costi produzione</b>	<b>1.337.862.870,34</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.362.520.050,96</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.391.705.394,93</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.412.832.403,00</b>	<b>100,00%</b>
Gestione finanziaria	477.631,03		302.542,47		521.880,91		761.860,00	
Gestione straordinaria	1.524.042,96	-	541.607,32	-	1.790.204,44	-	317.947,00	
Gestione tributaria	29.458.392,87		29.603.884,81		28.787.460,45		28.554.398,00	

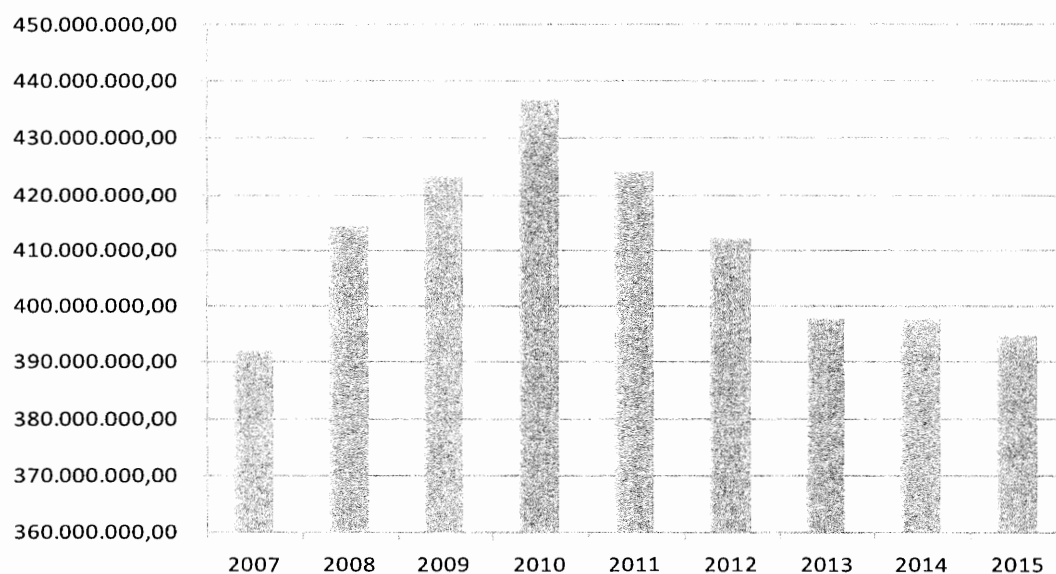
I costi di Struttura comprendono i costi relativi ai fattori produttivi impiegati nei servizi a gestione diretta

I costi extrastruttura comprendono i costi relativi all'acquisto di prestazioni e servizi sanitari erogati da strutture pubbliche e private convenzionate

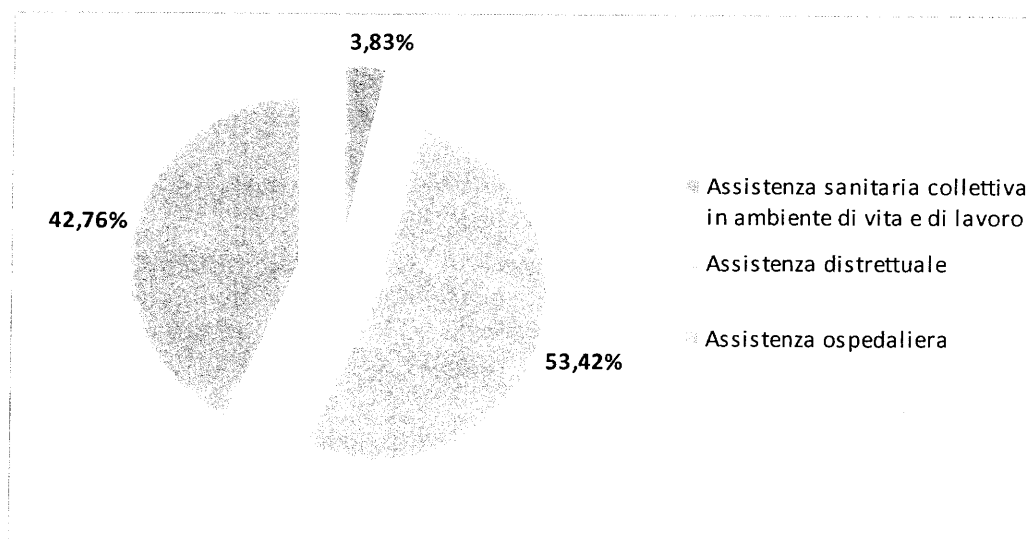


PERSONALE DIPENDENTE AL 31.12.2015 DISINTO PER RUOLO			
		2015	
Ruolo	Qualifica	n.unità	% su tot.
SANITARIO			
	DIRIGENZA MEDICA	1.466	18,89%
	DIRIGENZA NON MEDICA	185	2,38%
	COMPARTO	3.973	51,19%
	TOTALE RUOLO SANITARIO	5.624	72,46%
PROFESSIONALE			
	DIRIGENZA	6	0,08%
	COMPARTO	5	0,06%
	TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	11	0,14%
TECNICO			
	DIRIGENZA	10	0,13%
	COMPARTO	1.442	18,58%
	TOTALE RUOLO TECNICO	1.452	18,71%
AMMINISTRATIVO			
	DIRIGENZA	18	0,23%
	COMPARTO	657	8,46%
	TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	675	8,70%
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE		7.762	100,00%

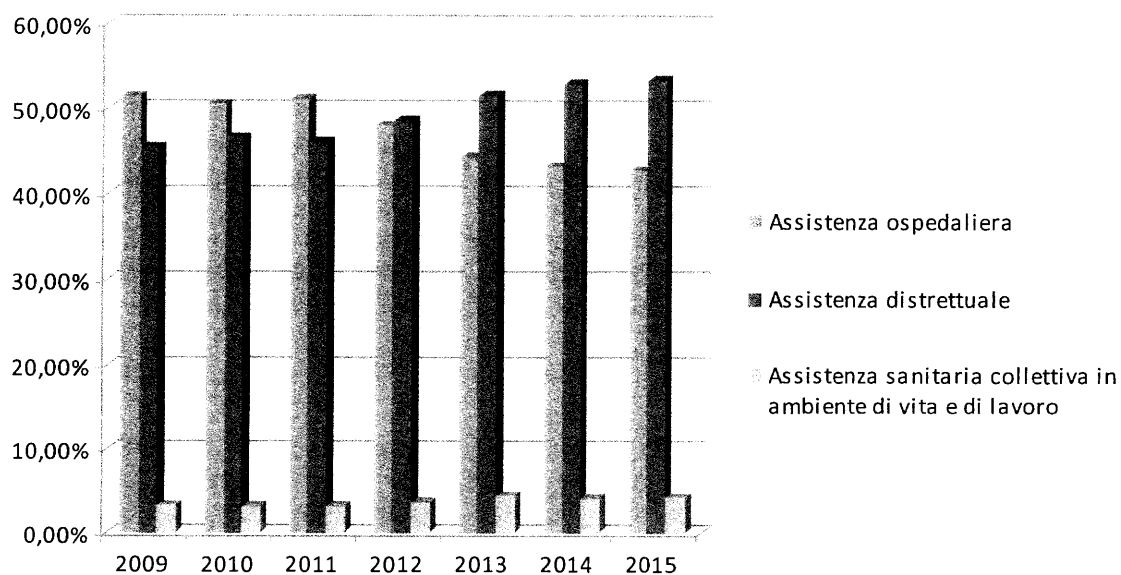
**Andamento Costo del personale 2007 - 2015**



## Distribuzione costi per Livelli Essenziali di Assistenza - anno 2015



## Andamento impiego risorse per Livelli di Assistenza (anni 2009 - 2015)



### 3.2 Mandato istituzionale e Missione

L'Azienda Sanitaria di Lecce è un'organizzazione che:

Agisce, in collaborazione con gli altri soggetti, per la promozione e per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;

Gestisce le risorse che le sono affidate adottando i criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;

Persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

**La missione strategica dell' Azienda è tutelare e promuovere la salute intesa come benessere psicofisico e sociale, dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, gestendo con efficienza le risorse disponibili per garantire con tempestività le prestazioni di prevenzione e cura efficaci, nel rispetto della persona, nell'interesse delle collettività e in condizioni di sicurezza.**

L'Azienda concorre alla più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Puglia, non limitandosi a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, secondo un approccio sinergico ed integrato con il sistema delle autonomie locali e con le altre agenzie che si occupano dello sviluppo economico, di tutela ambientale, dell'urbanistica, dei trasporti, dell'agricoltura, dello sport e tempo libero, per l'impatto che le stesse hanno sullo stato di salute.

L'Azienda persegue la propria missione attraverso una gestione imparziale tipica della pubblica amministrazione dove l'indirizzo politico riguarda il disegno complessivo delle scelte di fondo del sistema mentre le scelte gestionali sono ispirate esclusivamente dal valore delle competenze professionali, dall'attitudine all'adempimento dei compiti assegnati, dalla condivisione della missione aziendale.

La complessità e pluralità dei bisogni necessita di flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi nell'offerta. Da ciò la necessità di sviluppare una rete sinergica che configuri le azioni in un'ottica di sistema.

Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel processo di partecipazione sociale del sistema di produzione: privato accreditato, organismi istituzionali, enti e associazioni a vocazione sociale, forme di associazionismo strutturato, gruppi occasionali e spontanei.

Il complesso dei servizi sanitari rappresenta una risorsa per il progetto sociale di salute più generale.

È indubbio che l'interlocutore sociale più rappresentativo per l'azienda degli interessi della collettività sono le Autonomie Locali a cui spetta un ruolo progettuale e di garanzia.

Una particolare attenzione è rivolta al Terzo Settore per pervenire ad una diversa logica di progettazione e gestione dei servizi, riconoscendo allo stesso un ruolo non sostitutivo né integrativo, ma di attore protagonista in un rapporto di progettualità partecipata con il governo complessivo dell'azienda sanitaria.

**La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e per migliorare l'offerta dei servizi, con il coinvolgimento attivo di tutti gli stakeholder che caratterizzano la comunità locale.**

L'azienda mira allo sviluppo del processo di aziendalizzazione mediante la realizzazione di modelli organizzativi che responsabilizzino la dirigenza sugli obiettivi e sui risultati.

Tale processo vede coinvolti anche i cittadini e le loro organizzazioni, le forze sociali e gli organismi di volontariato, a garanzia della legittimità, imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa e della umanizzazione delle cure.

#### **4. Analisi del contesto**

Il contesto in cui opera l'Azienda Sanitaria Locale Lecce è estremamente complesso sia per la vastità del territorio sul quale deve garantire tutti i servizi previsti dai LEA sia per la eterogeneità e numerosità degli stakeholder pubblici e privati con cui si deve confrontare, nonché per l'articolazione organizzativa dei servizi a gestione diretta in fase di profonda revisione conseguente al riordino della rete ospedaliera.

##### **4.1) Analisi del contesto esterno**

Il territorio di competenza l'ASL LE, come è già stato detto in precedenza, è di circa 2.800 Km<sup>2</sup> su cui insiste una popolazione di 804.239 abitanti residenti (dati Istat 1.1.2016), da un punto di vista orografico è un ambiente tipicamente pianeggiante e si affaccia sul mare. E' un territorio a forte vocazione turistica con il conseguente arrivo e stazionamento nei periodi estivi di migliaia di vacanzieri.

La Provincia di Lecce comprende 97 comuni. Dal punto di vista della struttura dimensionale dei comuni si evidenzia una maggiore concentrazione della popolazione nei centri di piccole dimensioni come si evince dalla mappa sottostante, il 67% della popolazione, pari a 537.194 abitanti, risiede in 88 comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti. Ciò ha condizionato e continua a condizionare il processo di programmazione e lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari.

I punti di forza e di debolezza di tale sistema possono essere così sintetizzati:

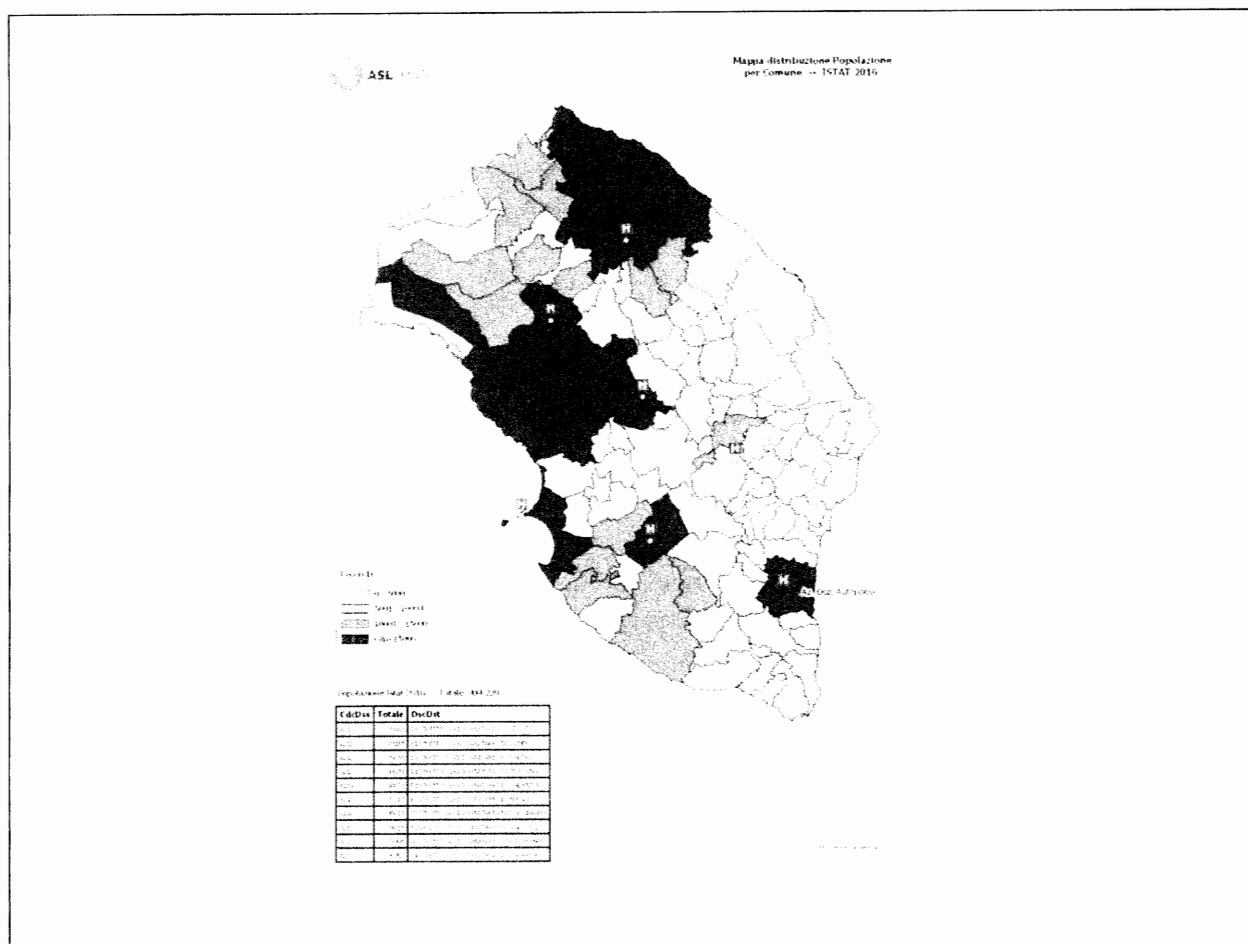
##### **PUNTI DI FORZA:**

- la presenza di reti informali e legami di solidarietà;
- le piccole comunità locali sono facilitate nell'attuare percorsi di inclusione sociale;
- esistono le condizioni per lo sviluppo di percorsi assistenziali, territoriali e domiciliari.

##### **PUNTI DI DEBOLEZZA:**

- eccessivo campanilismo;
- debolezza degli organismi sovra comunali chiamati a programmare e gestire interventi di Ambito sociale;
- difficoltà per i piccoli comuni di fronteggiare situazioni di particolare gravità.

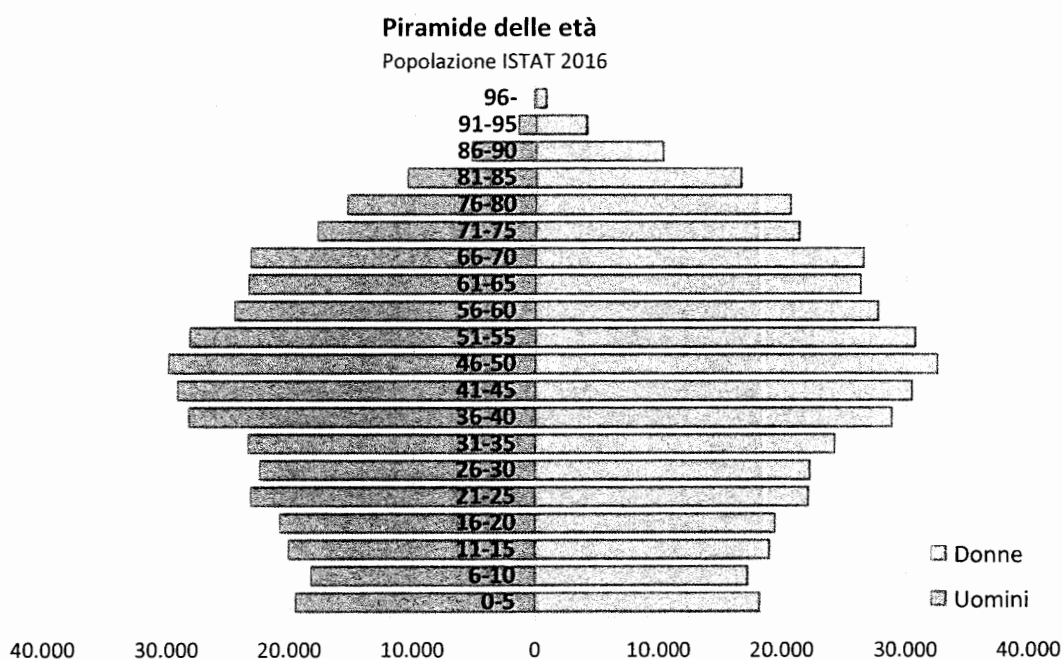




La tabella seguente riporta la distribuzione per distretto, l'indice di vecchiaia e l'indice di invecchiamento della popolazione al 1° gennaio 2016:

Distretto	N° Comuni	Popolazione al 1.1.2016	>64 anni	<15 anni	Indice di vecchiaia (incidenza popolazione anziana sui giovani)	Indice di invecchiamento (incidenza anziani sul totale della popolazione)
D.S.S. LECCE	10	178.802	39.032	24.020	162,50%	21,83%
D.S.S. CAMPI S. NA	8	87.937	21.093	11.038	191,09%	23,99%
D.S.S. NARDO'	6	93.635	20.505	12.931	158,57%	21,90%
D.S.S. MARTANO	10	48.679	11.794	5.801	203,31%	24,23%
D.S.S. GALATINA	6	60.673	14.549	7.552	192,65%	23,98%
D.S.S. MAGLIE	12	55.317	13.072	6.582	198,60%	23,63%
D.S.S. POGGIARDO	15	45.012	11.448	5.147	222,42%	25,43%
D.S.S. GALLIPOLI	8	74.611	16.988	9.843	172,59%	22,77%
D.S.S. CASARANO	7	73.306	15.933	10.254	155,38%	21,73%
D.S.S. GAGLIANO	15	86.267	19.839	10.963	180,96%	23,00%
<b>Riepilogo</b>	<b>97</b>	<b>804.239</b>	<b>184.253</b>	<b>104.131</b>	<b>176,94%</b>	<b>22,91%</b>

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente ha registrato nel 2016 un decremento di n. 2.173 unità, l'indice di vecchiaia (incidenza % della popolazione anziana sui giovani) continua a crescere registrando un + 9.87% con un incremento della popolazione anziana (> 64 anni) di n. 2.794 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (<15 anni) di n. 4.484 unità.

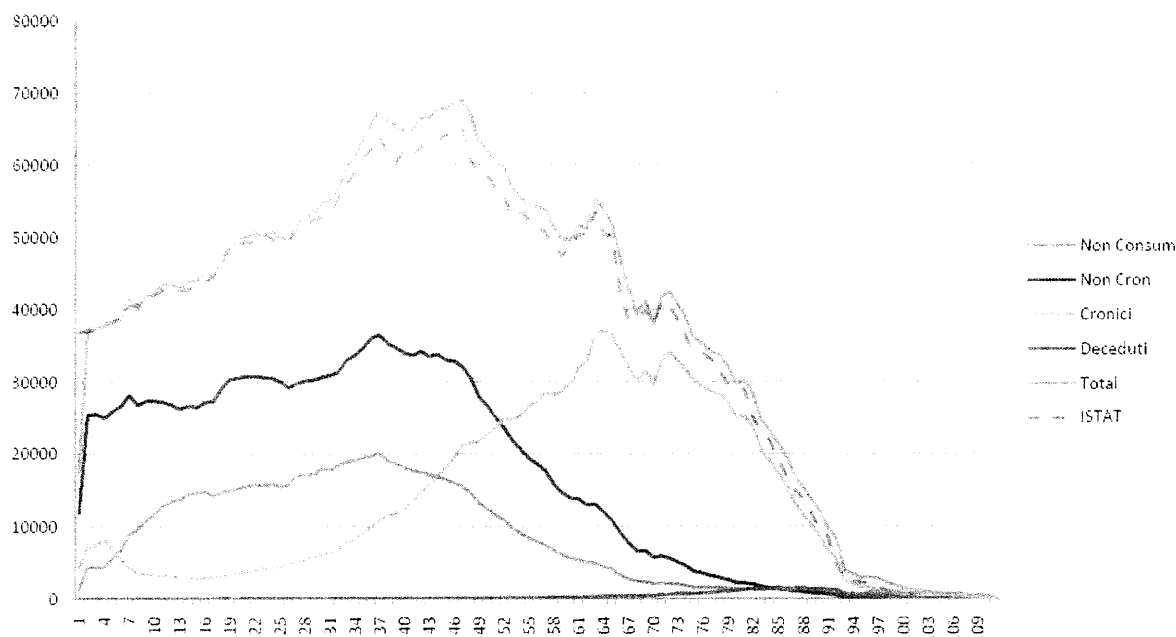


La programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari non può prescindere dalle dinamiche demografiche della popolazione di riferimento. Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi all'evoluzione demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce, nel periodo 1995 – 2016. Un dato rilevante ai fini della programmazione delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari è conseguente all'incremento della popolazione > 75 anni, che nel periodo in esame è aumentata di n. 47.794 ab. a fronte di una diminuzione di n. 43.184 ab. nella fascia di età 0-14.

Classi di età	1995		2005		2016	
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti	%
0-14	147.315	18,05%	120.310	14,94%	104.131	12,95%
15-64	548.403	67,18%	533.854	66,28%	515.855	64,14%
65-74	75.469	9,24%	83.770	10,40%	91.312	11,35%
>75	45.147	5,53%	67.463	8,38%	92.941	11,56%
	<b>816.334</b>		<b>805.397</b>		<b>804.239</b>	

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

***Distribuzione degli assistiti per età anagrafica e cronicità (2015 fonte ARES)***



Sulla base di queste considerazioni, il processo di programmazione posto in essere dalla Regione Puglia (Programma operativo 2016 –2019) prosegue lungo il percorso già avviato con il Piano di Rientro e di riqualificazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria orientato alla prevenzione e presa in carico precoce e proattiva della cronicità e alla conseguente deospedalizzazione dell'assistenza.

Con riferimento alla ASL di Lecce il progressivo spostamento dell'assistenza sanitaria verso la cronicità e la non autosufficienza si rileva dai dati di bilancio, in precedenza riportati, che evidenziano come nell'ultimo quinquennio le risorse assegnate all'assistenza territoriale sono incrementate del 7% (passando dal 46% del 2011 al 53% del 2015) a fronte di una riduzione dei costi per assistenza ospedaliera di circa 8% (passando dal 51% del 2011 al 43% del 2015).

Tale andamento sarà ancora più incisivo nel prossimo triennio mediante l'attuazione delle misure previste dal D.M. 70/2015 relative al riordino della rete ospedaliera e al potenziamento dell'assistenza territoriale con la messa a regime dei Presidi Territoriali di Assistenza e dei percorsi assistenziali finalizzati alla presa in carico della cronicità e della non autosufficienza sia nell'area sanitaria che nell'area sociosanitaria in integrazione con gli Ambiti di Zona.

Nelle pagine che seguono sono riportate le mappe con i dati relativi all'andamento della domanda sanitaria della popolazione residente nella provincia di Lecce per assistenza in regime di ricovero (Fig. 1), specialistica ambulatoriale (Fig. 2), di laboratorio (Fig. 3), radiodiagnostica (Fig. 4), farmaceutica (Fig.5).

Fig. 1) Distribuzione domanda ricoveri per MDC ed erogatore - Anno 2015

Cod	MDC	Totale ricoveri residenti	Ospedali Gestione Diretta	Casi di cura accreditate	EE " Card. Panico "	MOBILITA' INFRAREGIONALE (anno 2015)	MOBILITA' EXTRAREGIONALE (anno 2014)
1	Malattie e disturbi del sistema nervoso	13.008	4.230	737	1.697	557	820
2	Malattie e disturbi dell'occhio	2.592	692	4	685	225	290
3	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	5.890	2.061	125	757	316	445
4	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	18.114	7.626	202	1.735	398	325
5	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	25.828	8.788	2.115	2.864	438	720
6	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	19.781	8.160	626	1.157	397	655
7	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	9.248	3.657	334	664	210	392
8	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto	24.248	7.358	2.124	2.008	844	2.432
9	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	7.818	2.826	537	325	376	391
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	6.401	2.559	106	540	247	284
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	10.626	3.715	218	2.025	288	447
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3.784	1.427	139	345	123	184
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	7.279	2.489	500	656	216	429
14	Gravidanza. Parto e puerperio	15.106	6.615	16	1.342	325	177
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	9.807	4.182	-	1.193	236	14
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema	3.344	1.453	3	257	87	88
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	9.898	4.278	76	235	422	533
18	Malattie infettive e parassitarie	2.908	1.255	11	273	40	63
19	Malattie e disturbi mentali	4.042	1.578	297	73	110	109
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	375	115	61	6	1	16
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	1.102	417	19	129	35	66
22	Ustioni	57	11	-	1	33	1
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	2.805	1.023	98	201	112	250
24	Traumatismi multipli rilevanti	184	82	1	14	2	2
25	DRG non classificabile	558	242	-	2	69	3
N	Altri DRG	799	353	3	46	22	19
Pr	Altri DRG	500	169	4	55	33	66
TOTALE		206.102	77.361	8.356	19.285	6.162	9.221

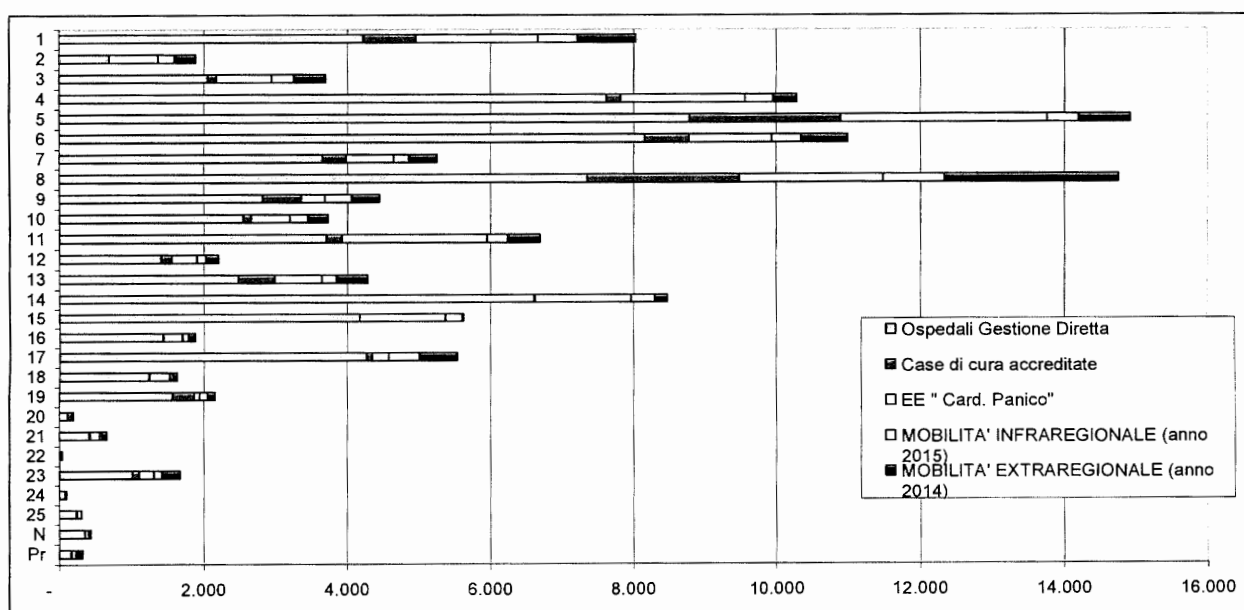


Fig. 1.1) Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza \* 1000 ab. - Anno 2015

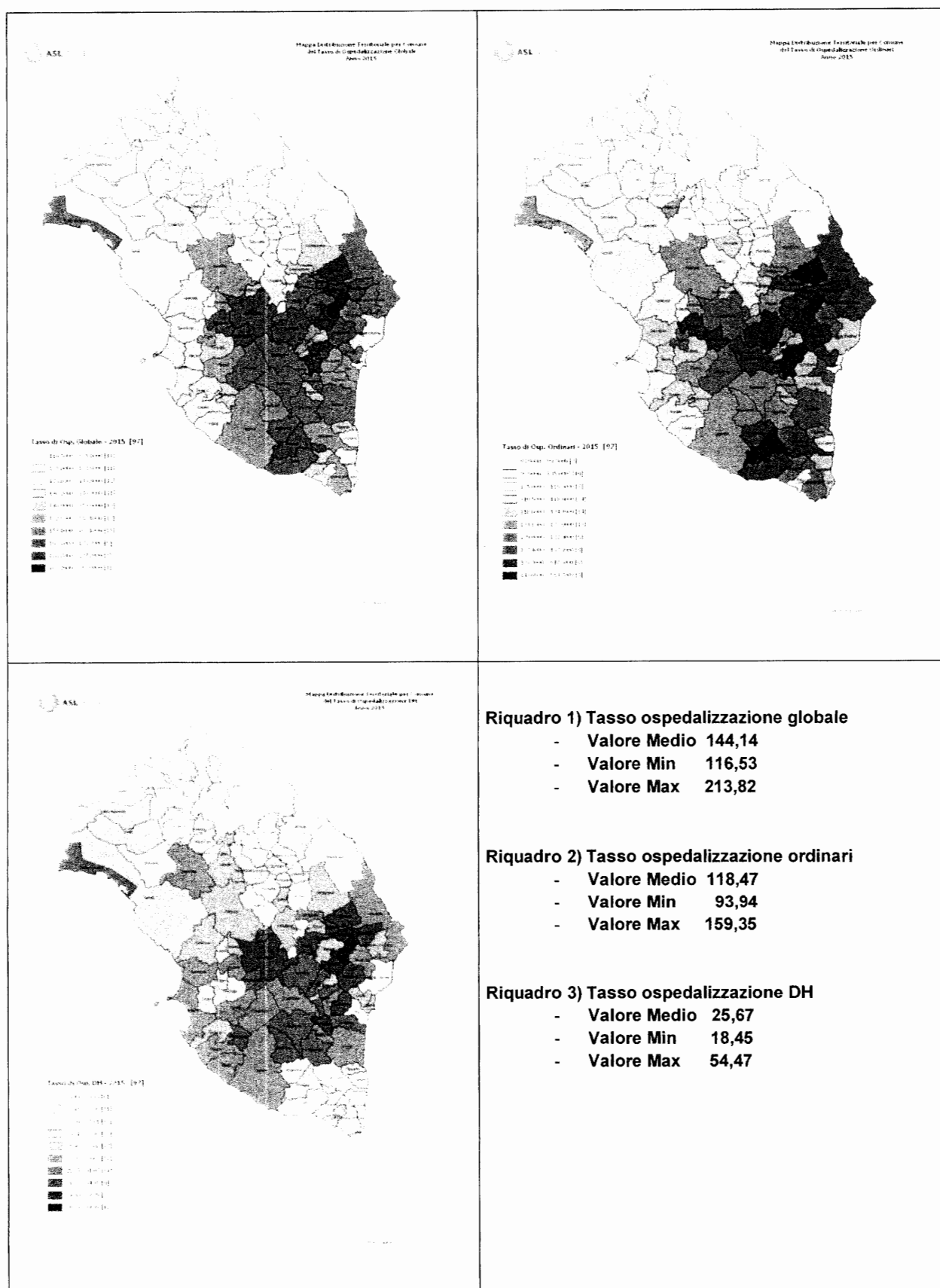


Fig. 2) Prestazioni di specialistica ambulatoriale \* 1000 ab. e spesa media per ab. – Anno 2015

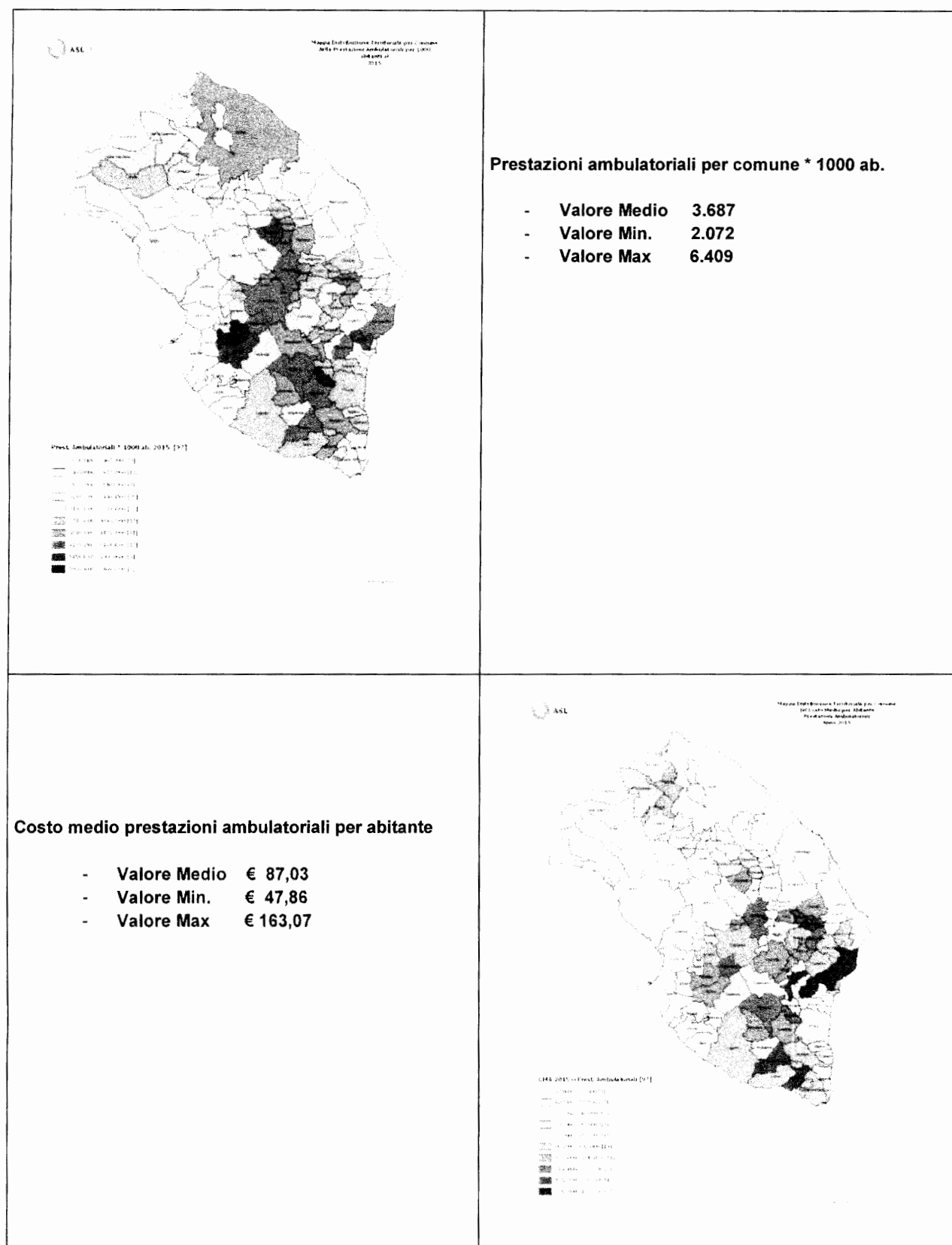


Fig. 3) Prestazioni di Laboratorio \* 1000 ab. e spesa media per abitante – Anno 2015

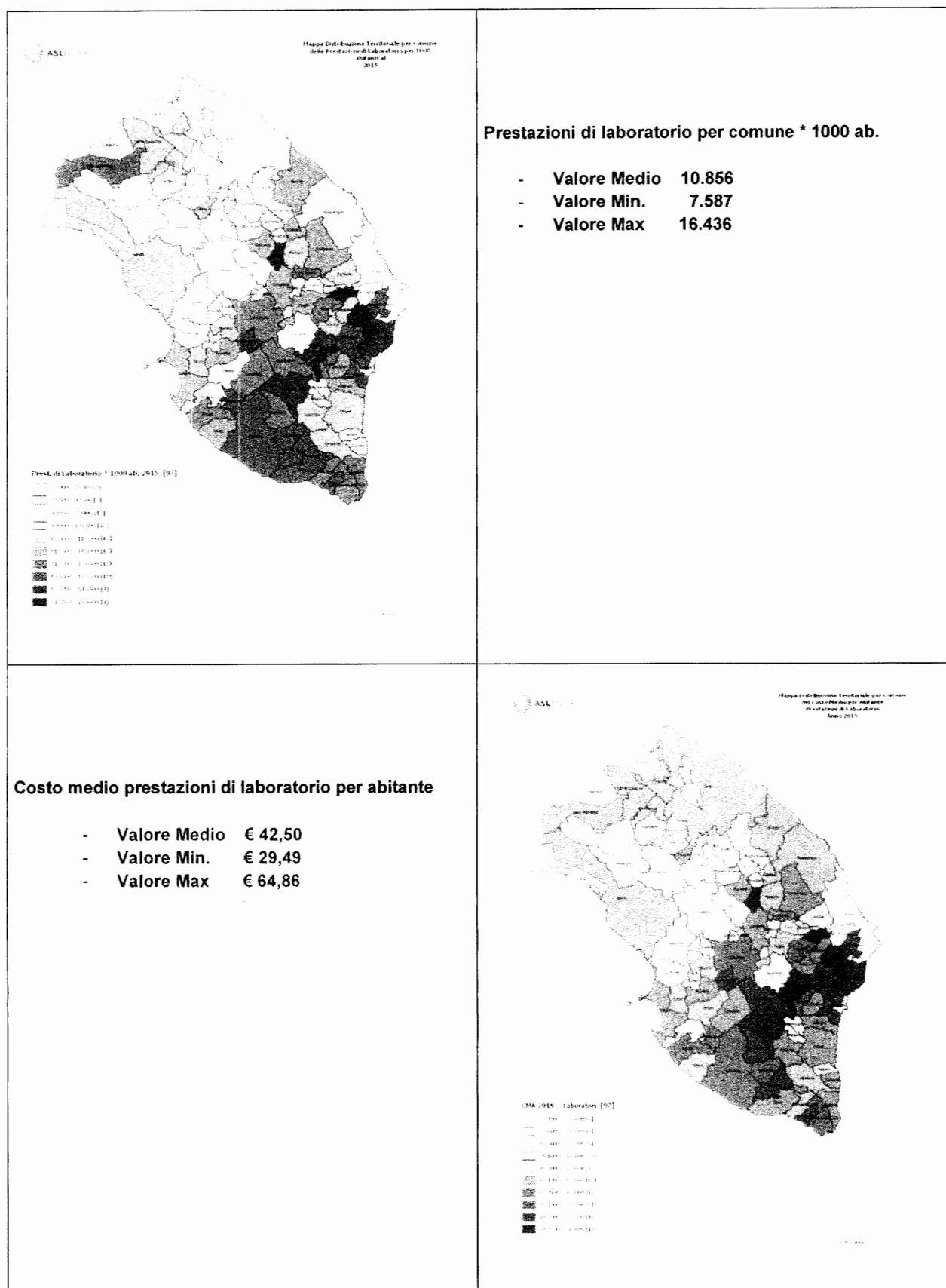


Fig. 4) Prestazioni di radiodiagnostica \* 1000 ab. e spesa media per abitante – Anno 2015

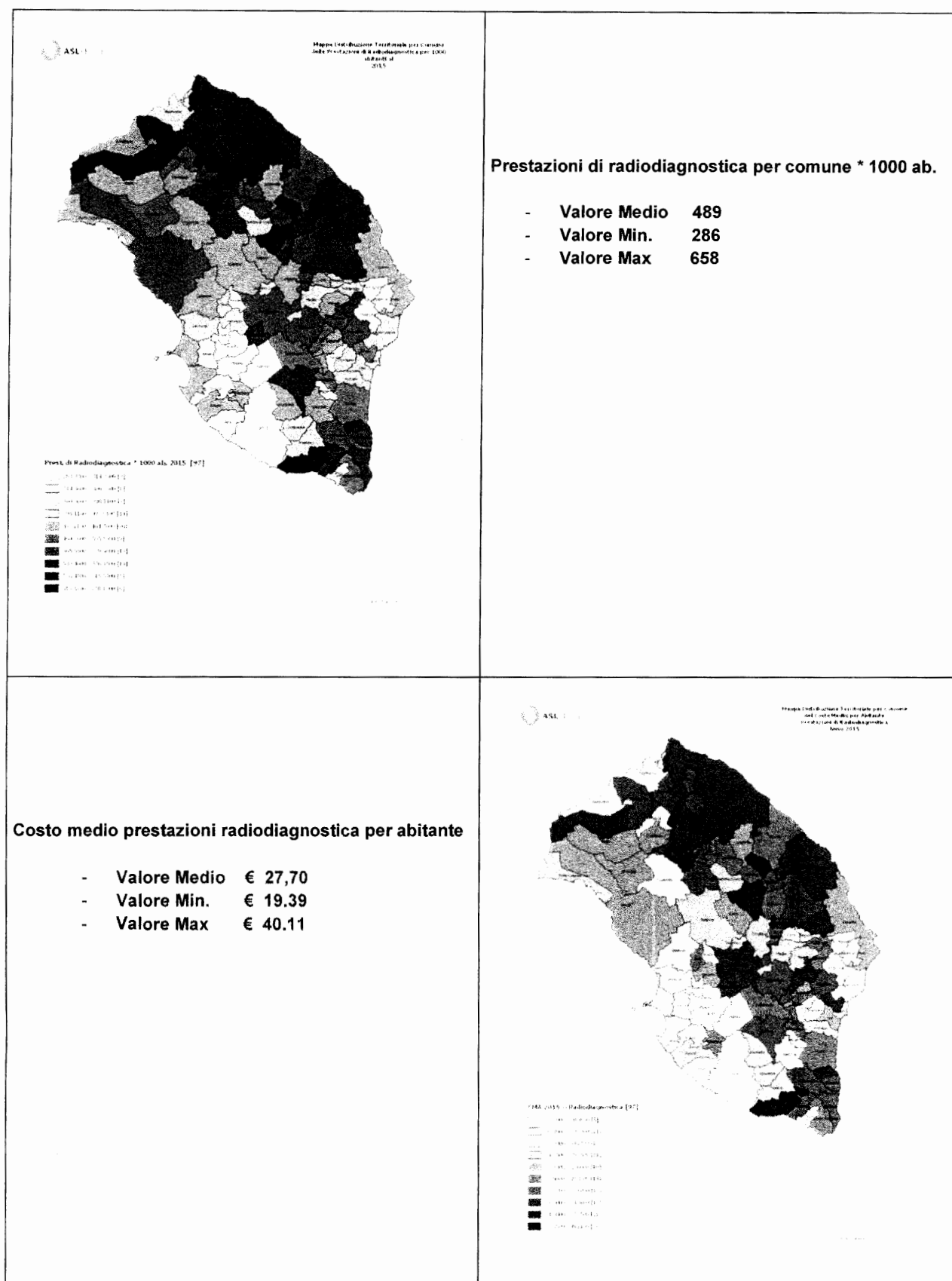




Fig. 4.1) Prestazioni di Tomografia Computerizzata e Risonanza Magnetica \* 1000 ab – Anno 2015

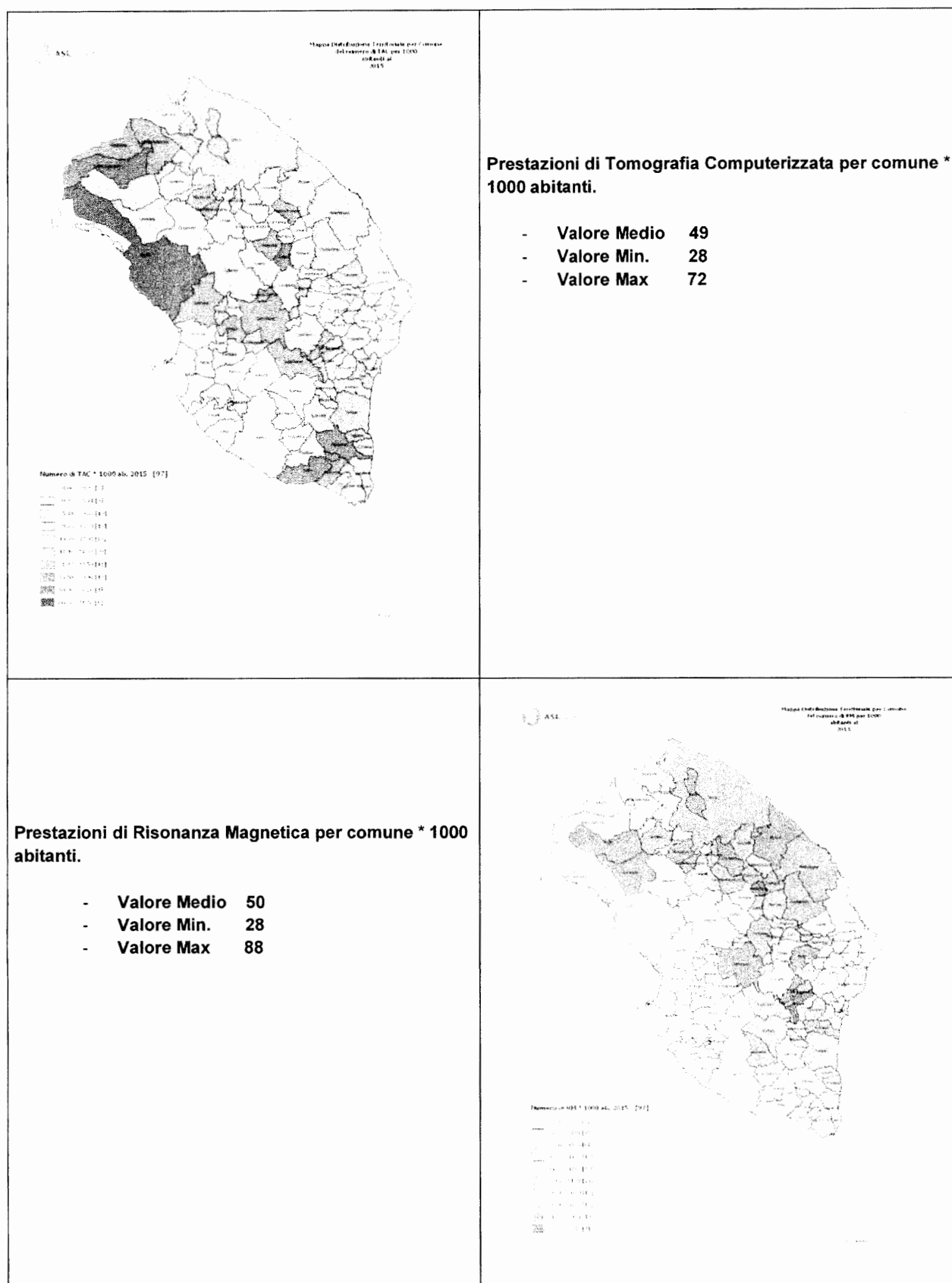


Fig. 5) Spesa farmaceutica convenzionata farmaci SSN – Media per abitante – Anno 2015

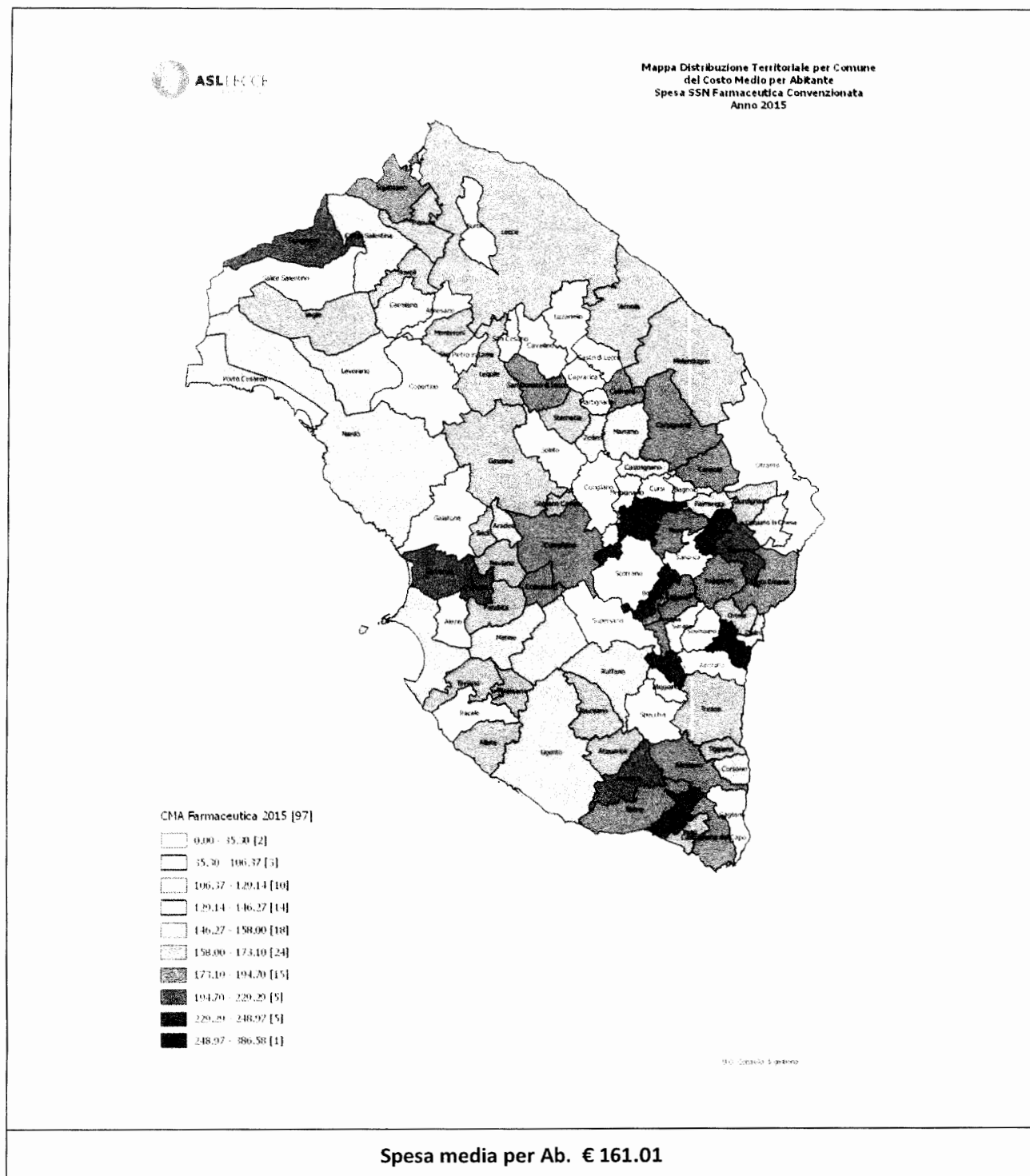
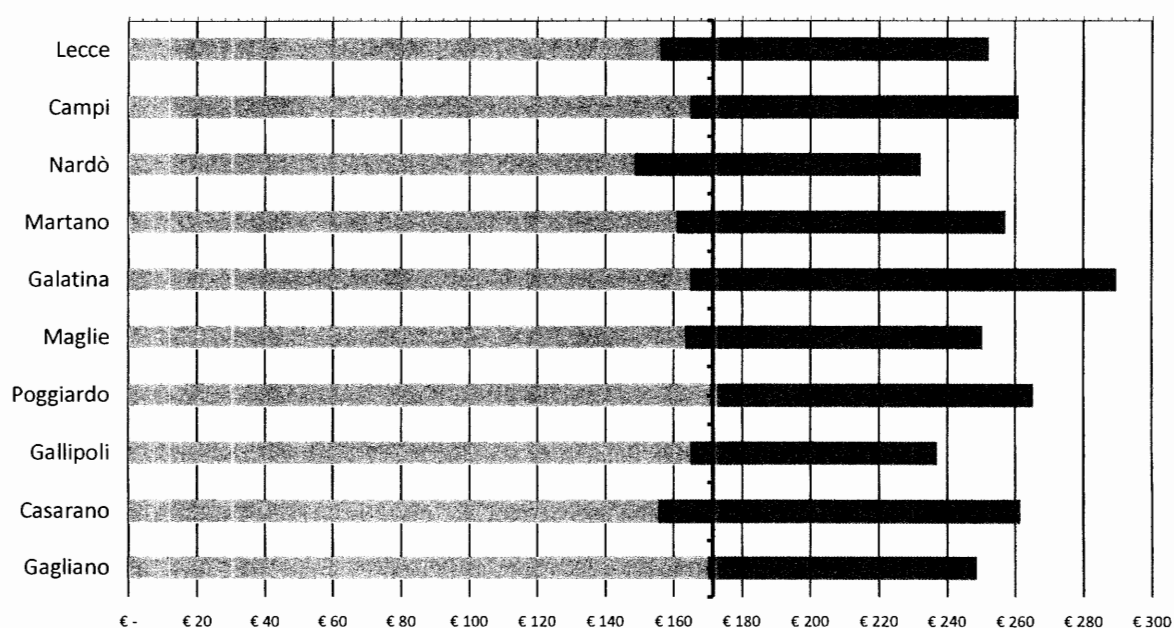




Fig. 5.1) Spesa farmaceutica convenzionata Farmaci SSN + Erogazione diretta – Anno 2015

Distretti	Popolazione pesata 1/1/2014	Obiettivo del periodo	Risultato periodo SSN	Risultato periodo Erogazione diretta	Totale - SSN + Erogazione diretta	Scostamento dall'obiettivo	Importo netto periodo SSN	Erogazione diretta periodo
Lecce	177.083	€ 171,72	€ 156,11	96,11	€ 252,23	+€ 80,51	€ 27.645.136	17.020.037
Campi	88.817	€ 171,72	€ 165,15	95,84	€ 261,00	+€ 89,28	€ 14.668.430	8.512.414
Nardò	93.982	€ 171,72	€ 148,81	83,45	€ 232,26	+€ 60,54	€ 13.985.736	7.842.590
Martano	49.159	€ 171,72	€ 161,02	96,11	€ 257,13	+€ 85,41	€ 7.915.785	4.724.516
Galatina	61.166	€ 171,72	€ 165,10	124,50	€ 289,60	+€ 117,88	€ 10.098.575	7.615.382
Maglie	55.705	€ 171,72	€ 163,54	86,84	€ 250,38	+€ 78,66	€ 9.110.108	4.837.537
Poggiardo	45.569	€ 171,72	€ 172,87	92,57	€ 265,44	+€ 93,72	€ 7.877.519	4.218.111
Gallipoli	74.456	€ 171,72	€ 165,11	71,98	€ 237,09	+€ 65,37	€ 12.293.692	5.359.156
Casarano	74.101	€ 171,72	€ 155,47	106,03	€ 261,50	+€ 89,78	€ 11.520.571	7.856.776
Gagliano	87.218	€ 171,72	€ 170,38	78,26	€ 248,64	+€ 76,92	€ 14.860.350	6.825.861
<b>Totale</b>	<b>807.256</b>	<b>€ 171,72</b>	<b>€ 161,01</b>	<b>92,67</b>	<b>€ 253,68</b>	<b>+€ 81,96</b>	<b>€ 129.975.902</b>	<b>74.812.380</b>

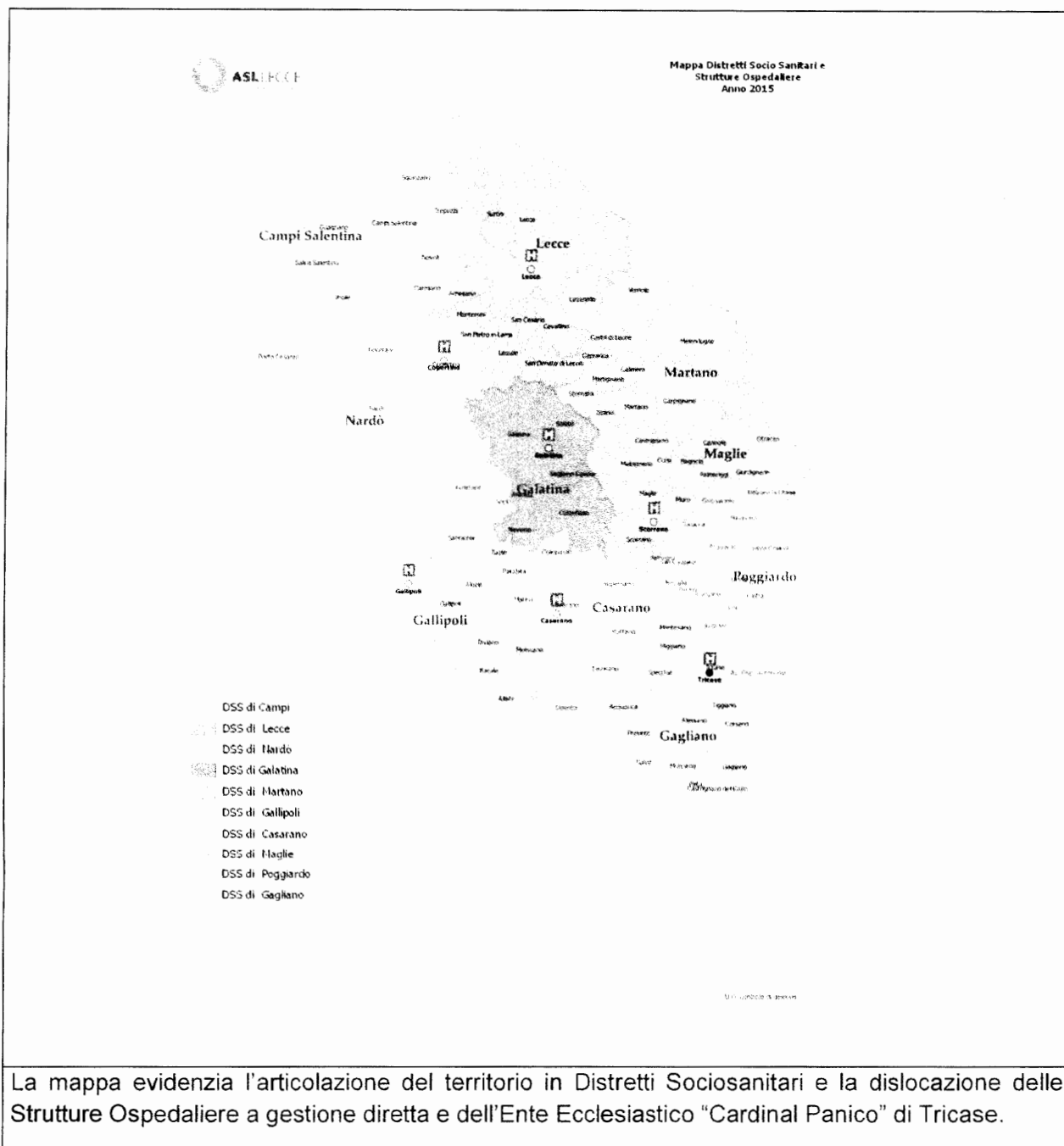


 Spesa procapite Farmaceutica convenzionata Famaci SSN  
 Spesa procapite Farmaceutica Erogazione Diretta

#### 4.2) Analisi del contesto interno

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

- a) Prevenzione: Dipartimento di Prevenzione.
- b) Assistenza Territoriale: n. 10 Distretti sociosanitari, i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Riabilitazione e il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale 118.
- c) Assistenza Ospedaliera: n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta



Nel corso dell'anno 2016, la Direzione Strategica Aziendale ha ritenuto di dover avviare procedure per la riorganizzazione dei Servizi aziendali, su base dipartimentale, secondo il metodo della integrazione tra l'Ospedale e il Territorio. In particolare, è stato individuato il Dipartimento dell'Assistenza primaria e intermedia, che accorpa i Distretti Socio Sanitari, alcune Strutture Complesse a valenza sovradistrettuale (tra le quali, Medicina Penitenziaria, come da proposta ai competenti Organi regionali) ed alcune Strutture Semplici a valenza dipartimentale, che integrano l'assistenza erogata a popolazioni di pazienti affetti da patologie croniche a prevalente gestione ambulatoriale e domiciliare (diabete, scompenso cardiaco, BPCO) ed altre che garantiscono la presa in carico dei pazienti fragili ad elevata complessità assistenziale. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, sono stati individuati Dipartimenti Ospedalieri Organizzati, in prevalenza, secondo il criterio del percorso assistenziale, in cui confluiranno tutte quelle Strutture Complesse e Semplici che afferiscono al percorso del paziente durante le fasi della sua malattia.

#### **a) PREVENZIONE**

Le attività di prevenzione vengono assicurate sul territorio di competenza mediante l'attuazione di specifici Programmi di screening oncologici e le attività afferenti ai servizi del Dipartimento di Prevenzione.

##### **a).1 Screening oncologici**

La Regione Puglia con DGR n. 302 del 22/03/2016 "Piano Regionale della Prevenzione 2014 – 2018" ha avviato un processo di riorganizzazione sul territorio regionale al fine di superare le criticità rilevate nella conduzione degli screening oncologici rispetto alle altre regioni italiane (tra le regioni che aderiscono al network Sant'Anna la Puglia risulta essere all'ultimo posto). Tale riorganizzazione ha previsto il potenziamento delle attività di coordinamento e monitoraggio a livello regionale e un maggior coinvolgimento e responsabilizzazione delle singole aziende sanitarie sia nel procedimento di chiamata attiva che di presa in carico del paziente nel secondo livello di diagnosi.

Nel corso del 2015 questa azienda, come si evince dalla tabella seguente, ha registrato indici di estensione e adesione relativi agli screening mammografico e cervice uterina, superiori alla media regionale, ma notevolmente inferiore alla media nazionale:

Screening	Indicatore	ASL LE	Puglia
Mammografico	Estensione	34,78%	34,60%
	Adesione	85,84%	58,15%
Cervice uterina	Estensione	67,42%	57,96%
	Adesione	34,48%	31,10%

(fonte dati del Network Sant'Anna)

Per l'anno 2017 la Direzione aziendale è fortemente impegnata nel potenziamento delle attività di screening sia dal punto di vista operativo (dotazione di risorse professionali e tecnologiche) che del coordinamento delle stesse, al fine di raggiungere i valori soglia fissati dalla Regione per gli indici di estensione e adesione ai singoli programmi.

#### a).2 Dipartimento di Prevenzione

In attuazione delle direttive regionali, il Dipartimento di Prevenzione è organizzato su due aree territoriali nord e sud della provincia. Al dipartimento di prevenzione afferiscono i Servizi medici di Igiene e Sanità Pubblica, Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, e i Servizi veterinari di Sanità Animale, Igiene degli Alimenti di Origine Animale, Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche.

Con l'adozione del citato Piano Regionale di Prevenzione, DGR 302/2016, la regione Puglia ha definito gli indirizzi e gli obiettivi strategici da raggiungere entro il 2018 con riferimento alle Macro-Aree di intervento: Salute e Ambiente; Sicurezza Alimentare; Salute e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro; Prevenzione delle Malattie Infettive e Vaccinazioni.

Il Dipartimento di Prevenzione assicura su tutto il territorio aziendale le attività di verifica e controllo inerenti:

- la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali) e controllo delle malattie cronico-degenerative.
- la tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
- la valutazione medico legale degli stati di disabilità e per finalità pubbliche
- la sorveglianza, prevenzione, tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- la sorveglianza e controllo su produzione, deposito, commercio e utilizzo prodotti alimentari
- l'igiene della nutrizione
- la sanità animale
- l'igiene degli alimenti di origine animale
- l'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda è così strutturato:

- Direzione Centrale
- Servizio Igiene e Sanità pubblica (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti Lavoro (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Veterinario Area A (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Veterinario Area B (Area Nord, Area Sud)
- Servizio Veterinario Area C (Area Nord, Area Sud).

#### **b) ASSISTENZA TERRITORIALE**

L'assistenza territoriale nella ASL LE viene assicurata dalle seguenti strutture:

- N. 10 Distretti Socio-Sanitari
- Il Dipartimento di Salute Mentale
- Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Il Dipartimento di Riabilitazione
- La rete di Emergenza – Urgenza territoriale<sup>118</sup>.

## **b.1 DISTRETTI SOCIO-SANITARI**

La mission del Distretto è definita nell'art. 14 della LR 25/06:

- 1. Il Distretto è articolazione organizzativo-funzionale dell'ASL ed è sede di erogazione di tutta l'attività sanitaria e socio-sanitaria delle strutture territoriali, con l'obiettivo di garantire la presa in carico globale dell'utente per una risposta strutturata e complessiva ai bisogni di salute.*
- 2. Il Distretto garantisce l'assistenza sul territorio in maniera diffusa, omogenea e uniforme, attraverso un elevato livello d'integrazione tra le diverse professionalità e tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata, continuativa e unitaria ai bisogni di salute della popolazione. In tale ottica il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa e organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale, costituisce centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'ASL, coerentemente con la programmazione regionale e aziendale.*

Ogni Distretto Sociosanitario è strutturato in modo da assicurare i seguenti livelli di assistenza territoriale:

a) **assistenza primaria e intermedia** comprendente: assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza di emergenza territoriale, assistenza infermieristica, assistenza domiciliare, ospedale di comunità, assistenza nelle strutture residenziali e semiresidenziali territoriali, assistenza in Hospice;

b) **assistenza specialistica** comprendente: assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresa la medicina dello sport, assistenza riabilitativa, assistenza protesica, assistenza termale e specialistico - riabilitativa;

c) **assistenza consultoriale**;

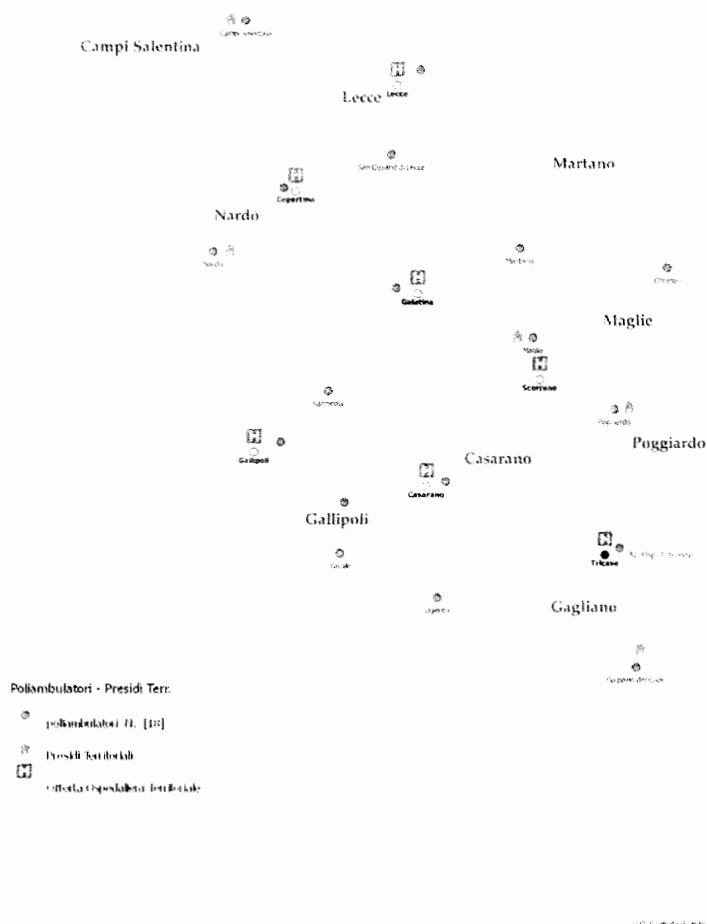
d) **assistenza psicologica**;

e) **assistenza penitenziaria** (Distretto di Lecce presso la Casa Circondariale);

f) **assistenza sociosanitaria**: erogata in raccordo con il Servizio Sociosanitario ed in integrazione con gli Ambiti territoriali sulla base della programmazione triennale contenuta nei Piani di zona. A tal fine il Distretto utilizza sistemi unitari di accesso Porta Unica di Accesso (PUA) e Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

g) **assistenza farmaceutica**, in raccordo con la Struttura Complessa Farmaceutica Territoriale, per il tramite delle farmacie convenzionate e, per l'erogazione diretta, tramite farmacie distrettuali e/o ospedaliere.

Per assicurare gli altri livelli di assistenza territoriale il Distretto opera in integrazione funzionale con le articolazioni distrettuali dei dipartimenti territoriali: di Salute Mentale, delle Dipendenze Patologiche, di Riabilitazione, di Emergenza-Urgenza e di Prevenzione.



La mappa evidenzia la dislocazione delle strutture distrettuali:

- Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) di Campi, Nardò, Maglie, Poggiardo e Gagliano;
- Cittadella della Salute di Lecce e Gallipoli;
- Poliambulatori specialistici.

La programmazione regionale ha evidenziato come *la riorganizzazione della rete ospedaliera può risultare insufficiente rispetto all'esigenza di garantire una copertura piena dei bisogni assistenziali che richiedono un trattamento ospedaliero, se, in una logica di continuità assistenziale, non viene affrontato il tema del potenziamento delle strutture territoriali, la cui carenza o la mancata organizzazione in rete, ha forti ripercussioni sull'utilizzo appropriato dell'ospedale.*



*L'integrazione/interazione funzionale tra le strutture territoriali e le strutture ospedaliere riveste infatti un ruolo centrale nel regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale. Relativamente ai primi, è evidente il ruolo di filtro che le strutture territoriali svolgono nel contenimento dei ricoveri ospedalieri inappropriati; per quanto riguarda i flussi in uscita assumono primaria importanza meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette o l'utilizzo delle stesse strutture sanitarie a valenza territoriale, in grado di assicurare l'opportuna continuità di assistenza.*

Come rilevato dal sistema di indicatori Laboratorio MeS Scuola Superiore Sant'Anna, l'elevato tasso di ospedalizzazione, segnatamente quello per ricoveri ordinari acuti (il valore aziendale nell'anno 2015 è stato pari a 113,88 x 1000 ab, inferiore alla media regionale di 118,01, ma superiore alla media nazionale delle aziende del network pari a 101,70) è direttamente correlato alle difficoltà nel governo della domanda da parte del territorio. Uno degli elementi più critici è la gestione delle cronicità, la cui prevenzione e terapia attengono proprio al livello territoriale dove l'efficacia indiretta delle cure primarie è misurabile attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza (scompenso, diabete, BPCO...).

Obiettivo prioritario diviene, pertanto, il potenziamento dei servizi in day service per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza di area medica, in particolare per le patologie sociali inserite nel piano nazionale per la cronicità proposto dal Ministero della Salute in Conferenza Stato – Regioni.

Sulla base di queste considerazioni la regione Puglia intende portare a regime il modello assistenziale di medicina di iniziativa, avviato in via sperimentale nel corso del 2012 secondo i principi del *Chronic Care Model*, con l'adozione del programma **Care Puglia 3.0**, attraverso un percorso che:

- *parta dalla definizione condivisa (distretti, MMG e specialisti) di un modello generalizzato e ufficiale di presa in carico delle cronicità maggiori,*
- *passi per la realizzazione di un patto di cura tra SSR e MMG che preveda premialità e ripotenziamento ciclico del sistema a fronte del rispetto di condivisi obiettivi economici e di cura,*
- *alimenti un efficace sostegno all'autogestione della patologia cronica da parte del malato,*
- *utilizzi il PDTA come strumento di progettazione, organizzazione, monitoraggio e miglioramento continuo dei processi di clinico-assistenziali della cronicità,*
- *completi solidamente la trasformazione dell'assistenza sanitaria regionale in assistenza prevalentemente territoriale e di prossimità.*

Nel corso del 2016 la Direzione aziendale si è già mossa nella direzione degli indirizzi regionali lungo due direttrici principali:

- investimenti infrastrutturali della rete dei servizi sanitari territoriali (Piano investimenti FESR D.D.G. n. 12, del 31 marzo 2016) finalizzati prioritariamente a:
  - completare la riconversione degli ospedali dismessi (Gagliano, Poggiardo, Maglie, Nardò, Campi) adeguandoli ai requisiti previsti per i Presidi Territoriali di Assistenza R.R. 14/2015;
  - potenziare strutture e attrezzature delle Cittadelle della Salute di Lecce e Gallipoli;
  - attuazione del progetto di percorso "ROSA" dedicato alla prevenzione e cura delle patologie tumorali delle sfera femminile;
  - attuazione progetto di telemedicina per il potenziamento dell'assistenza domiciliare;
  - completamento e ampliamento della rete ecocardiografica territoriale;

- implementazione rete aziendale per lo screening del colon retto;
- adeguamento tecnologico degli ambulatori presso la Casa Circondariale di Lecce.
- definizione dei percorsi di cura alternativi al ricovero ospedaliero (Potenziamento dell'offerta in Day Service D.D.G. n. 399, del 30 maggio 2016).

Le principali azioni poste in essere nel corso dell'anno 2016 hanno riguardato:

- Rafforzamento delle funzioni di governo clinico e presa in carico della cronicità finalizzate all'abbattimento del tasso di ospedalizzazione;
- Sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata anche in attuazione degli accordi di programma sottoscritti con gli Ambiti territoriali per l'utilizzo delle risorse PAC;
- Raccordo con gli Ambiti territoriali e il Servizio Sociosanitario aziendale al fine di assicurare:
  - il pieno funzionamento delle strutture per l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari (PUA e UVM) e utilizzo a regime delle schede di valutazione e degli strumenti informativi adottati dalla regione Puglia;
  - la completezza e attendibilità dei flussi informativi relativi all'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale mediante la registrazione dei dati nel sistema informativo regionale EDOTTO;
- Governo dei tempi di attesa anche mediante l'apertura delle agende per priorità (DDG n. 1100 del 15/6/2012);
- Attivazione/potenziamento dei day service medici e chirurgici con individuazione degli specialisti di riferimento (D.D.G. n. 399, del 30 maggio 2016);
- Progressiva implementazione dei processi di riconversione degli ospedali dismessi in Presidi Territoriali di Assistenza in attuazione della programmazione aziendale;
- Progressiva revisione della rete consultoriale anche in funzione della riprogettazione del percorso nascita;
- Potenziamento dei controlli sulla spesa farmaceutica mediante la istituzione delle Commissioni Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali (D.D.G. n. 51 del 6 aprile 2016).

## **b.2 DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE**

Il Dipartimento di Salute Mentale comprende una rete di strutture territoriali, ospedaliere, residenziali e a ciclo diurno che consentono di assicurare, sull'intero territorio aziendale, la continuità terapeutica basata sulla presa in carico degli utenti attraverso percorsi multidisciplinari.

### **◇ Centri di Salute Mentale**

L'assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare viene garantita da una rete di n. 10 Centri di Salute Mentale, coincidenti con gli ambiti territoriali dei Distretti Socio-Sanitari, che copre in maniera razionale l'intero territorio provinciale.

### **◇ Riabilitazione psicosociale**

Le attività di riabilitazione psicosociale costituiscono l'insieme delle cure intermedie, residenziali e diurne, che dovrebbero assicurare, con diverso grado di intensità assistenziale, il graduale

passaggio degli utenti verso la rete delle strutture sociosanitarie ovvero il reinserimento nelle comunità locali.

L'Accordo della Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013, nel Documento "Le strutture residenziali psichiatriche" ha individuato l'intera filiera delle strutture, distinte per intensità riabilitativa ed assistenziale offerta, prevedendo tipologie a carattere intensivo, estensivo e per interventi socio-riabilitativi.

Nelle more del pieno recepimento delle direttive su richiamate, l'attuale normativa regionale prevede nell'ambito dell'assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone con disturbi mentali, le seguenti tipologie di trattamento in relazione al livello di intensità assistenziale:

- a) trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo), rivolti a pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, anche nella fase della post-acuzie. I trattamenti sono erogati nell'ambito delle strutture di cui al R.R. n. 7/2002, come modificato dal R.R. n. 11/2008 e sono a totale carico del SSR;
- b) trattamenti socio-riabilitativi, rivolti a pazienti non assistibili nel proprio contesto familiare e con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale, che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa. I trattamenti sono erogati nell'ambito delle Case per la vita a media e bassa intensità assistenziale, di cui all'art. 70 del R.R. n.4/2007, con la previsione a carico del SSR di una compartecipazione della spesa rispettivamente del 70% e 40%.

Il DSM assicura parte di queste attività con le seguenti strutture a gestione diretta:

- n. 5 Comunità Riabilitative Residenziali Psichiatriche (C.R.A.P.).
- n. 6 Strutture Riabilitative Diurne (C.D.), collegate ai C.S.M. di riferimento.

#### ◇ **Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica**

L'Unità Operativa Complessa di Psicologia Clinica del D.S.M. assicura in tutti i servizi, centri ed articolazioni del D.S.M. le seguenti attività: psicodiagnosi; psicologia clinica; ricerca in campo psicologico e psicoterapico; psicoterapia; prevenzione e riabilitazione, nel campo della salute mentale e nelle interrelazioni con il benessere psicofisico. Il servizio assicura il coordinamento del lavoro dei Dirigenti Psicologi, con particolare attenzione alle attività pluriprofessionali integrate, alla multifattorialità della malattia mentale e del disagio psichico, alla integrazione degli interventi all'interno del D.S.M. e nell'intero territorio dell'Azienda Sanitaria.

#### ◇ **Unità Operativa Complessa di NeuroPsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)**

Il Servizio è finalizzato alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza ed assicura le seguenti attività:

- a. prevenzione primaria e secondaria dei disturbi neuropsichici dell'età evolutiva;
- b. prevenzione e riduzione delle sequele delle malattie neuropsichiche dell'età evolutiva;
- c. attività specialistiche psichiatriche dell'età evolutiva;
- d. interventi di psicoterapia per i problemi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza a salvaguardia della salute mentale del minore e della qualità della vita del nucleo familiare;

- e. intervento specifico di supporto all'integrazione scolastica per soggetti con disturbi neuropsichici in età evolutiva;
- f. tutela e risocializzazione dei pazienti degenti in istituti neuropsico-pedagogici o in istituti assistenziali favorendo la deistituzionalizzazione.

Nel corso dell'anno 2017 l'U.O.C. di NPIA proseguirà nell'obiettivo di consolidare l'unitarietà organizzativa e gestionale di tutte le attività di competenza precedentemente frammentate in differenti strutture, mentre si rimanda alla programmazione regionale la definizione di modalità e tempi per l'attivazione di un Centro Territoriale per l'Autismo previsto in ciascuna ASL.

#### ♦ **Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura**

Unità operative di ricovero allocate nei Presidi ospedalieri di Lecce, Galatina, Scorrano e Casarano.

### **b.3 DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE**

Il dipartimento Dipendenze Patologiche, strutturato su base distrettuale, assicura l'erogazione dei LEA in ambito tossicologico e delle dipendenze mediante attività di prevenzione, cura, riduzione del danno, recupero e reinserimento socio-lavorativo.

Le priorità di intervento nel settore sono:

- la prevenzione ed in particolar modo quella precoce e orientata ai gruppi più vulnerabili (selettiva) con una forte attenzione allo sviluppo dei programmi di diagnosi precoce dei disturbi comportamentali da uso occasionale di sostanze e da dipendenza (con particolare riferimento a ludopatie, disturbi del comportamento alimentare e da sostanze alcool-correlate);
- la cura e prevenzione delle patologie correlate: offerte attivamente e precocemente in tutte le varie forme possibili (in strada, ambulatoriali, residenziali) e conservando quanto più possibile la continuità assistenziale verso percorsi riabilitativi finalizzati al reinserimento socio-lavorativo e alla guarigione.
- Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo anche in integrazione con gli Ambiti sociali di Zona.
- Monitoraggio costante e tempestivo del fenomeno anche al fine di valutare gli esiti dei trattamenti.

### **b.4 DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE**

Il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione comprende l'insieme dei servizi che offrono assistenza riabilitativa nelle diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), dall'acuzie fino al rientro al domicilio e nelle diverse fasi della vita (età evolutiva, età adulta, età geriatrica), integrandosi con le strutture sociosanitarie di tipo residenziale e semiresidenziale e con le articolazioni territoriali dei Distretti Sociosanitari.

Attraverso il governo dei PDTA, il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione, assicura la presa in carico e la continuità delle cure in tutte le fasi, garantendo:

- la centralità della Persona e la condivisione del Progetto Riabilitativo e Assistenziale con la stessa e con i suoi familiari;
- l'accessibilità;
- la sostenibilità e l'appropriatezza del Progetto riabilitativo individuale e dei programmi attuativi;
- la globalità e la precocità degli interventi;
- l'interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi;
- la continuità delle cure;
- l'integrazione socio sanitaria;
- la restituzione della persona al suo ambiente di vita.

Il dipartimento di riabilitazione è attualmente strutturato come segue:

- **Componente ospedaliera** "Polo riabilitativo ospedaliero di San Cesario" cui afferiscono le UU.OO. di Medicina fisica e riabilitazione e Riabilitazione cardio-respiratoria.
- **Componente territoriale** che comprende l'U.O.C "Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione" cui afferiscono i dieci Presidi Riabilitativi Distrettuali coincidenti con i Distretti sociosanitari e i servizi centrali di "Riabilitazione neuropsichica dell'età evolutiva", "Foniatría e riabilitazione dei disturbi della comunicazione", "Riabilitazione ex art. 25", "Riabilitazione ex art. 26".

## **b.5 RETE DELL'EMERGENZA - URGENZA**

Con DGR n. 1933 del 30.11.2016 la Regione Puglia ha proceduto, contestualmente al riordino della rete ospedaliera, alla riorganizzazione della Rete dell'Emergenza Urgenza prevedendo per la ASL di Lecce la seguente strutturazione:

- **Componente ospedaliera:**
  - DEA II Livello HUB – Ospedale "V. Fazzi" di Lecce
  - DEA I Livello SPOKE – Ospedali di Gallipoli, Scorrano e Tricase
  - Pronto Soccorso – Ospedali di Casarano, Copertino e Galatina
- **Componente territoriale**
  - Centrale Operativa 118 di Lecce
  - PPIT – di Campi, Nardò e Poggiardo
  - N° 25 Postazioni 118 – di cui n. 8 Mike, n. 15 India, n. 2 Victor e n. 8 Automediche.

### **c) ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Nel corso del 2016, l'Azienda Sanitaria Locale Lecce ha assicurato l'assistenza ospedaliera mediante n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta, l'Azienda ospedaliera "Ente Ecclesiastico G. Panico" di Tricase, n. 6 Case di Cura accreditate insistenti nel territorio provinciale.

Ospedali a gestione diretta:

- "V. Fazzi", ospedale di riferimento provinciale con sede a Lecce;
- "San Giuseppe da Copertino", presidio ospedaliero con sede a Copertino;
- "Santa Caterina Novella", presidio ospedaliero con sede a Galatina;
- "Veris Delli Ponti", presidio ospedaliero con sede a Scorrano;
- "Francesco Ferrari", presidio ospedaliero con sede a Casarano;
- "Sacro Cuore di Gesù", presidio ospedaliero con sede a Gallipoli.

Strutture private accreditate:

- Ente Ecclesiastico "Cardinal G. Panico" di Tricase
- "Prof. Petrucciani" – Lecce;
- "San Francesco" – Galatina;
- "Città di Lecce" – Lecce;
- "Euroitalia" – Casarano;
- "Villa Bianca" – Lecce;
- "Villa Verde" – Lecce.

Gli indirizzi contenuti nel Decreto 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" e i vincoli posti dalla Legge n. 161 del 30 ottobre 2014 in merito al riposo giornaliero minimo di 11 ore consecutive, impongono una profonda revisione nella organizzazione dei servizi ospedalieri.

Il DM n.70/2015 prevede una organizzazione della rete ospedaliera per complessità e intensità di cura. Le strutture ospedaliere vengono classificate secondo tre livelli a complessità crescente:

- presidi ospedalieri di base: sono strutture dotate di sede di pronto soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale;
- i presidi ospedalieri di I° livello: sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA I° livello) dotate di specialità di ampia e media diffusione;
- i presidi ospedalieri di II° livello: sono strutture sede di DEA II° livello dotati di tutte le specialità previste per gli ospedali di I° livello nonché delle specialità più complesse riferite a bacini di utenza superiori a 600.000 abitanti.

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera, lo stesso DM 70/2015 prevede l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale:

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica
- rete neonatologica e punti nascita
- rete medicine specialistiche
- rete oncologica
- rete pediatria
- rete trapiantologica
- rete terapia del dolore
- rete malattie rare

Legge 208/2015 (Legge di Stabilità 2016) con il comma 524 lettera a) e b) della e con successivi commi della stessa legge è stato introdotto l'obbligo per gli ospedali pubblici di garantire adeguata sostenibilità economico-finanziaria (lettera a) e aderenza a standard di qualità e di esito di cura (lettera b). L'inottemperanza entro certi limiti a tale obbligo comporterà, dal 2016 per le AOU e gli IRCCS e dal 2017 per i presidi ospedalieri di ASL, la sottoposizione delle strutture ospedaliere a piano di rientro.

La Regione Puglia con le deliberazioni di Giunta regionale n. 161/2016 e n. 265/2016, come modificate ed integrate con **DGR 1933 del 30.11.2016**, ha adottato il piano di riordino ospedaliero, in ottemperanza al D.M. n. 70/2015 e alla Legge di stabilità 2016. Il predetto Piano di riordino ospedaliero, già sottoposto alla valutazione dei competenti Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e della Finanza) nonché della commissione consiliare regionale permanente, è in fase di adozione definitiva.

Il riordino della rete ospedaliera, la cui attuazione avverrà secondo tempi e modalità definite dalla regione, sarà orientato al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa e clinico-gestionale, promuovendo il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, in day service e, più in generale, dal ricovero ospedaliero all'assistenza territoriale residenziale e domiciliare.

La rete ospedaliera della ASL di Lecce verrà, pertanto, integrata con la rete dei "Presidi Territoriali di Assistenza" di Campi, Nardò, Maglie, Poggiardo e Gagliano del Capo, con le Cittadelle della salute di Lecce e di Gallipoli e con i poliambulatori di Martano, Galatina e Casarano. Come già espresso in precedenza, presso tali strutture, governate dai rispettivi distretti socio-sanitari, sono in corso di consolidamento forme organizzative della presa in carico della cronicità. All'interno dei PTA è prevista, inoltre, l'attivazione di aree di degenza territoriale integrate con la Medicina di base, specialistica e riabilitativa, nonché l'espletamento di attività chirurgica ambulatoriale in "day service".

## 5. Obiettivi Strategici

Il Piano delle Performance rappresenta in modo schematico e integrato il collegamento tra le linee programmatiche Regionali e la programmazione aziendale, in modo da garantire una visione unitaria e facilmente comprensibile della performance attesa della ASL Lecce.

Costituiscono obiettivi strategici aziendali gli obiettivi assegnati al Direttore Generale ASL Lecce dalla regione Puglia con D.G.R. n. 2595 del 11.12.2014 "Nuova approvazione schema di contratto dei Direttori Generali della ASL", D.G.R. n. 162 del 29.02.2016 "Nomina Direttore Generale ASL Lecce", D.G.R. 2198 DEL 28.12.2016 "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali ed Aziende Ospedaliere-Universitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018, in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa".

**OBIETTIVI DA DGR 2595/2014** - "Nuova approvazione Schema di contratto da stipularsi con i Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del Servizio Regionale della Puglia":

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.
Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione. (intesa Stato-Regioni 23 marzo 2005, art. 6 co.2)
Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'amministrazione. (d.Lgs. 502/1992 s.m.i., art.3-bis, co.7))
Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato e rispetto delle disposizioni regionali in materia di programmazione delle acquisizioni di lavori, beni e servizi con ricorso al soggetto aggregatore. (DGR 2596/2014)
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria L.120/2007, ART.1 CO.7)
Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate (L.R. 32/2001, ART.11)
Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali (L.R. 4/2003, ART.32, CO.2)
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito. (D.LGS 502/92 S.M.I., ART. 8-OCTIES, CO.1 E 2; L.R. 4/2003, ART.36, CO.6)
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (D.L. n. 347 del 18/09/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004)

**OBIETTIVI DA DGR 162/2016** - "Obiettivi di mandato":

Utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi rendimenti e risultati.
Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e di riequilibrio ospedale – territorio.
Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente.
Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale
Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS.
Riduzione della mobilità passiva extraregionale.
Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di sanità elettronica.
Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.
Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.



**OBIETTIVI DA DGR 2198/2016** – “Individuazione ed assegnazione degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie del S.S.R. per il triennio 2016-2018”:

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	Riduzione tassi di ospedalizzazione	ASL	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (Ind. MES C1.1.1)
			Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso (Ind. MES C1.1.2.1)
			Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (Ind. MES C7.7)
			Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti 0-17 anni (Ind. MES C8a.19.2)
			Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti 2-17 anni (Ind. MES C8a.19.1)
	Degenza media	ASL/AOU	Degenza media DRG medici (Ind. MES C2a.M)
			Degenza media DRG chirurgici (Ind. MES C2a.C)
	Riorganizzazione rete ospedaliera	ASL/AOU	Rispetto cronoprogramma adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera di cui al punto 3) della DGR n. 1933 del 30/11/2016
	Riorganizzazione rete emergenza-urgenza	ASL/AOU	Rispetto cronoprogramma adempimenti finalizzati al riordino della rete di emergenza-urgenza di cui al punto 3) della relativa DGR n. 1933 del 30/11/2016 ed alla tabella D-bis della medesima DGR.
	Riorganizzazione percorso nascita	ASL/AOU	Attivazione sistema trasporto emergenza neonatale (STEN) nei 3 centri hub del Percorso nascita di cui al R.R. 14/2015
			Attivazione sistema trasporto protetto gravida a rischio (STAM)

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
APPROPRIATEZZA E QUALITA'	Miglioramento appropriatezza chirurgica	ASL/AOU	% ricoveri in day surgery (Ind. MES C4.7)
			DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Ind. MES C4.13)
	Miglioramento appropriatezza medica	ASL/AOU	DRG LEA medici: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Ind. MES C4.8)
			Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Ind. MES C14.2a)
			% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni (Ind. MES C14.4)
			% Ricoveri in DH medico con finalità diagnostica [Patto per la Salute 2010-2012] (Ind. MES C14.2)
	Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	ASL/AOU	% Parti cesarei depurati (NTSV) (Ind. MES C7.1)
			% Episiotomie depurate (NTSV) (Ind. MES C7.3)
			% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Ind. MES C7.6)
	Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	ASL/AOU	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)
			Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Ind. MES C16.11)
			% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)
			% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)
	Miglioramento qualità di processo	ASL/AOU	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Ind. MES C5.2)
			Tempi di attesa per la chirurgia oncologica (Ind. MES C10c)
	Attrattività extra-regionale	AOU	% Attrazioni extra-Regione - DRG alta complessità (Ind. MES C30.3.2.2)
	Complessità della casistica trattata	AOU	Indice di case-mix (Ind. MES C1.5)
	Miglioramento qualità percepita	ASL/AOU	% Dimissioni volontarie (Ind. MES D18)

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE	Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative	ASL	N. Ricoveri cronici/Popolazione cronici per 1.000 abit.
			Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.1.1)
			Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni (Ind. MES C11a.2.1)
			Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.3.1)
	Programmazione e implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	ASL	Provvedimenti ASL di adozione del progetto assistenziale e strutturale dei PTA entro il 28/2/2017
			Report sui PTA relativo ai livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per singola struttura entro il 31/12/2018
	Potenziamento assistenza domiciliare	ASL	% Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2)
			% Anziani > 65 anni in ADI
	Salute mentale	ASL	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2)
			% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione
			Attivazione di almeno n. 1 Centro Territoriale per l'Autismo nell'ambito di ciascuna ASL entro 30/9/2017 (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOTER 02.08.01)

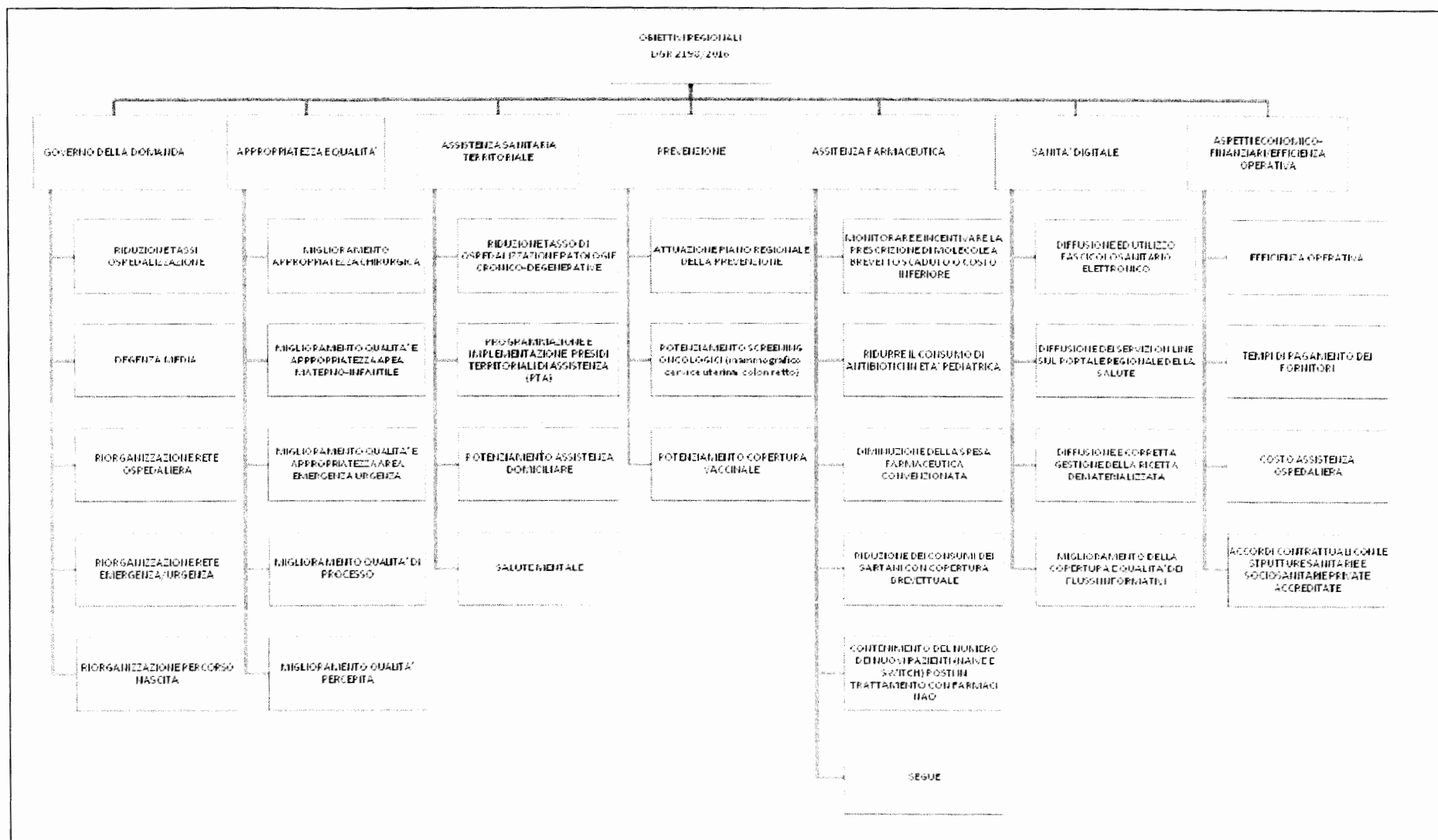
MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
PREVENZIONE	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	ASL/AOU	Interventi aziendali attuativi del Piano Regionale della Prevenzione (approvato con DGR n. 1209/2015 e successivamente integrato con DGR n. 302/2016)
			Implementazione strumenti sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori e Registro Malformazioni Congenite)
	Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto)	ASL	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening mammografico da parte di ciascuna ASL entro il 31/1/2017
			Estensione: % di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.1.1).
			Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.1.2).
			Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening cervice uterina da parte di ciascuna ASL entro il 31/1/2017
			Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.2.1).
			Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.2.2).
			Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening colorettale da parte di ciascuna ASL entro il 31/1/2017
			Estensione: % di persone invitate allo screening colorettale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.3.1).
			Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening colorettale rispetto alle persone invitate (Ind. MES B5.3.2).
	Potenziamento copertura vaccinale		VACCINAZ. ANTIINFLUENZALE PER ANZIANI_N. Numero vaccinati età >= 65 anni/Popolazione residente età >=65 anni (Ind. MES B7.2).
			VACCINAZ. MRP_N. bambini vaccinati MPR/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.1).
			VACCINAZ. PAPILOMA VIRUS (HPV)_Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES B7.3).
			VACCINAZ. ANTIMENINGOCOCCICA_N. bambini vaccinati Antimeningococco/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre (Ind. MES B7.5).

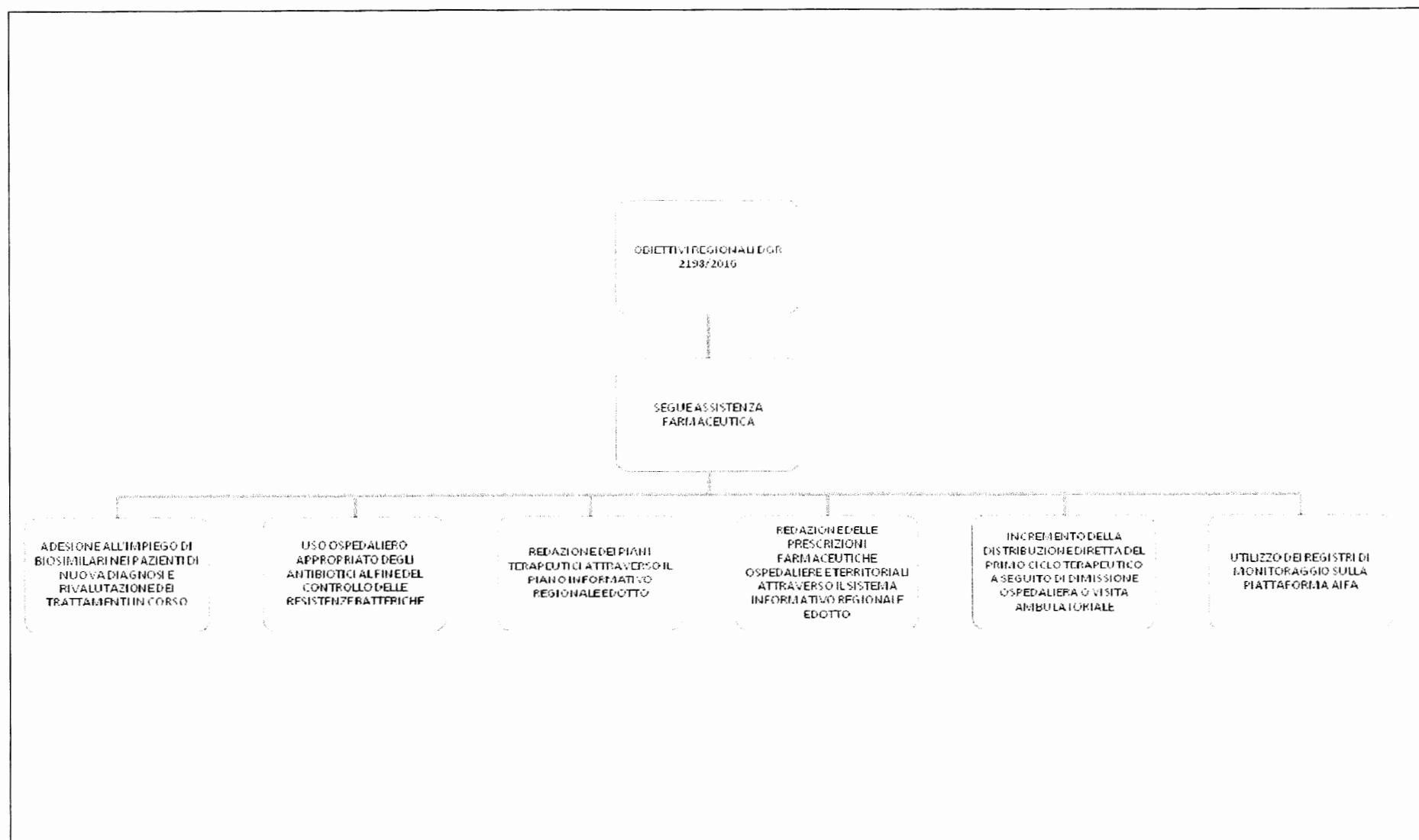
MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	ASL	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antipertensivi); F12.11a-Sartani].
	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	ASL	Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (Ind. MES C9.8.1.1.1) Consumo di cefalosporine in età pediatrica-DDD (Ind. MES C9.8.1.1.2).
	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	ASL	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto
	Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale	ASL/AOU	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)
	Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)	ASL/AOU	Numero di pazienti naive posti in trattamento con farmaci NAO
	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	ASL/AOU	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)
	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	ASL/AOU	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri
	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	ASL/AOU	% Piani terapeutici informatizzati
	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	ASL/AOU	% di prescrizioni specialistiche informatizzate
	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	ASL/AOU	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico
	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	ASL/AOU	% 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

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
SANITA' DIGITALE	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	ASL/AOU	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto
	Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	ASL/AOU	% Prenotazioni online sul totale
	Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	ASL/AOU	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti % Ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)
	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	ASL/AOU	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi

MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
ASPETTI ECONOMICO- FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA	Efficienza operativa AOU	AOU	Scostamento tra costi e ricavi [Legge di Stabilità 208/2015] (Ind. MES F1.4)
	Efficienza operativa ASL	ASL	Scostamento tra costi e ricavi [Legge di Stabilità 208/2015] (Ind. MES F1.4)
	Tempi di Pagamento dei fornitori	ASL/AOU	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014
	Costo assistenza ospedaliera	ASL/AOU	Costo medio per punto DRG (Ind. MES F18.1)
	Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA)	ASL	Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema-tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura. Rispetto dei criteri di ripartizione delle risorse (correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009, n. 1500/2010 e n. 981/2016 (SI/NO).

## 5.1 Albero delle performance





5.2 Posizionamento ASL Lecce obiettivi DGR 2198/2016 - Indicatori MeS Scuola Superiore Sant'Anna – Anno 2015

FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

**C1.1.1 Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso**

L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.

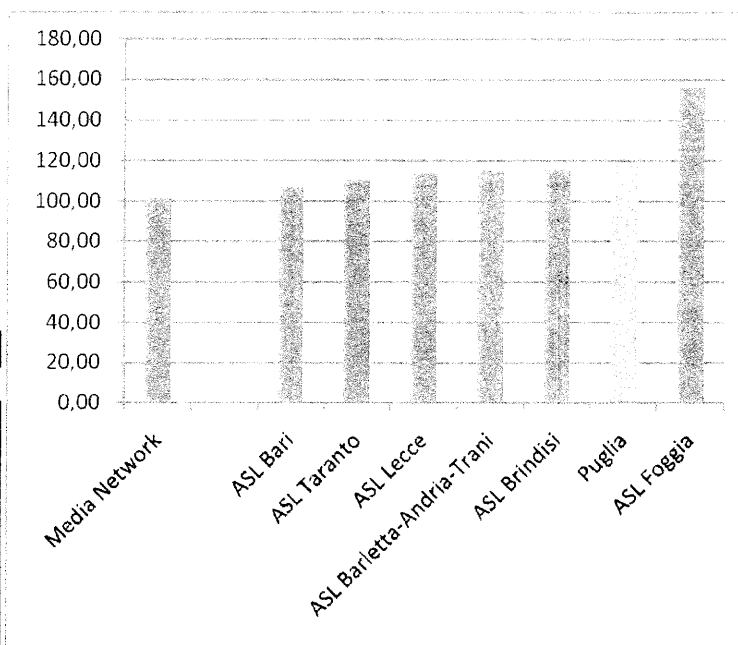
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del Network 86,55

Valore massimo tra le aziende del Network 156,23

Media aziende del Network 101,70

Media Network	101,70
ASL Bari	106,88
ASL Taranto	110,60
ASL Lecce	113,88
ASL Barletta-Andria-Trani	115,36
ASL Brindisi	115,96
Puglia	118,01
ASL Foggia	156,23



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

### C1.1.2.1 Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per eta' e sesso

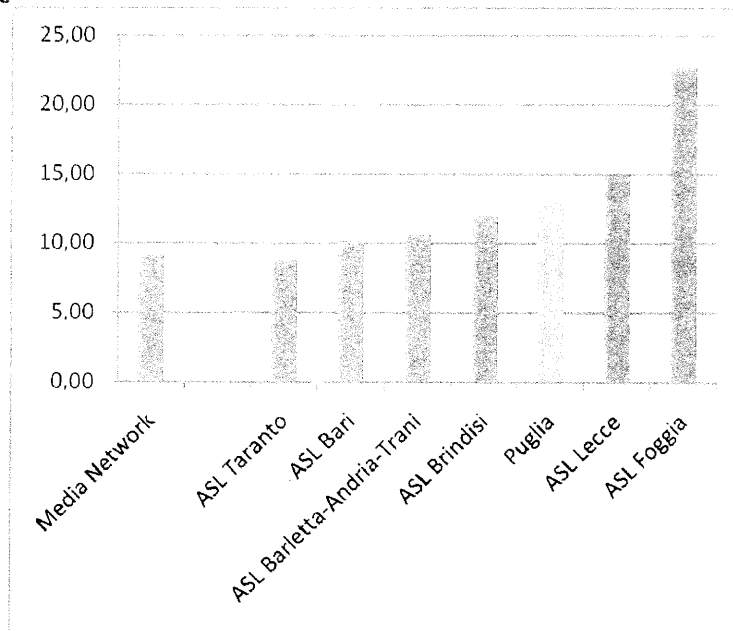
L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day-hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri medici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende  
del Network 2,69  
Valore massimo tra le aziende  
del Network 22,77  
Media aziende del Network  
9,17

Media Network	9,17
---------------	------

ASL Taranto	8,76
ASL Bari	10,20
ASL Barletta-Andria-Trani	10,61
ASL Brindisi	12,03
Puglia	13,08
ASL Lecce	14,98
ASL Foggia	22,77



## C7.7 Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica

Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro stato condizioni epidemiologiche diverse da quelle degli altri paesi europei, è presumibile che esso sia legato ad una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriately dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005; ASSR, 2002]. Un ruolo determinante spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005].

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

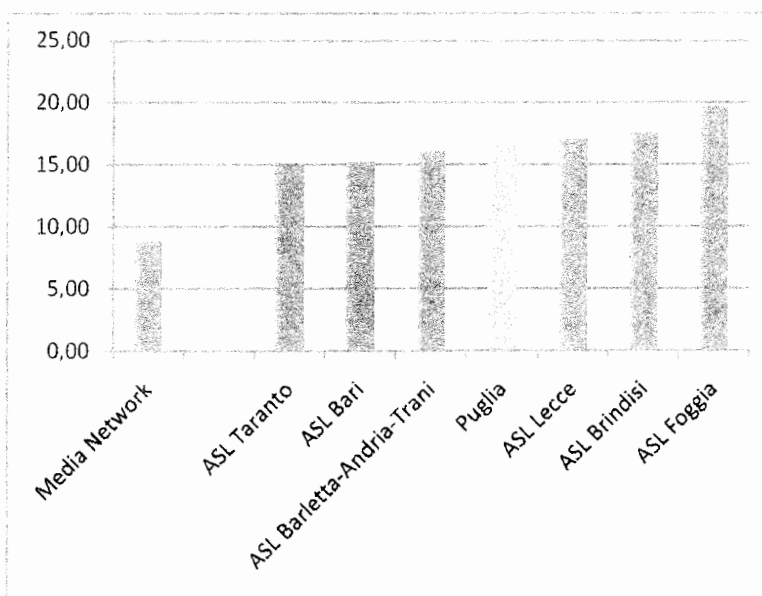
Valore minimo tra le aziende del Network 5,14

Valore massimo tra le aziende del Network 19,67

Media aziende del Network 8,89

Media Network	8,89
---------------	------

ASL Taranto	14,92
ASL Bari	15,30
ASL Barletta-Andria-Trani	16,09
Puglia	16,59
ASL Lecce	17,11
ASL Brindisi	17,57
ASL Foggia	19,67





### C8a.19.2 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)

In Italia, dove la mortalità è bassa e l'intensità generalmente non grave, la gastroenterite rappresenta la causa più frequente di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero con costi importanti per le famiglie e per il sistema sanitario.

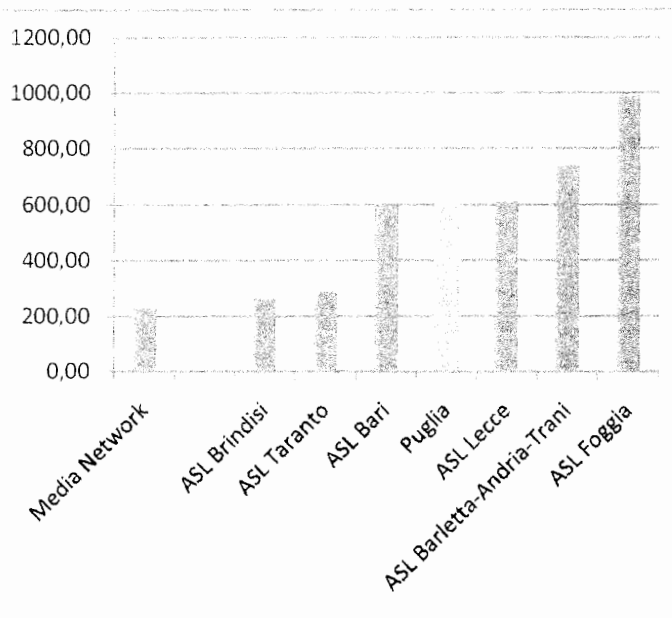
La gestione si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima tra tutte la disidratazione. Nella maggior parte dei casi la gastroenterite può essere gestita a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici ed una più consapevole autonomia pratica dei genitori.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende  
del Network 25,25

Valore massimo tra le aziende  
del Network 1.138,41  
Media aziende del Network  
227,05

Media Network	227,05
ASL Brindisi	266,16
ASL Taranto	288,78
ASL Bari	593,48
Puglia	604,31
ASL Lecce	612,24
ASL Barletta-Andria-Trani	740,06
ASL Foggia	993,54



### C8a.19.1 Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17anni)

L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuto è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale. Il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia sono fondamentali per la definizione dei percorsi più idonei per la gestione dell'asma bronchiale sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende

del Network 2,35

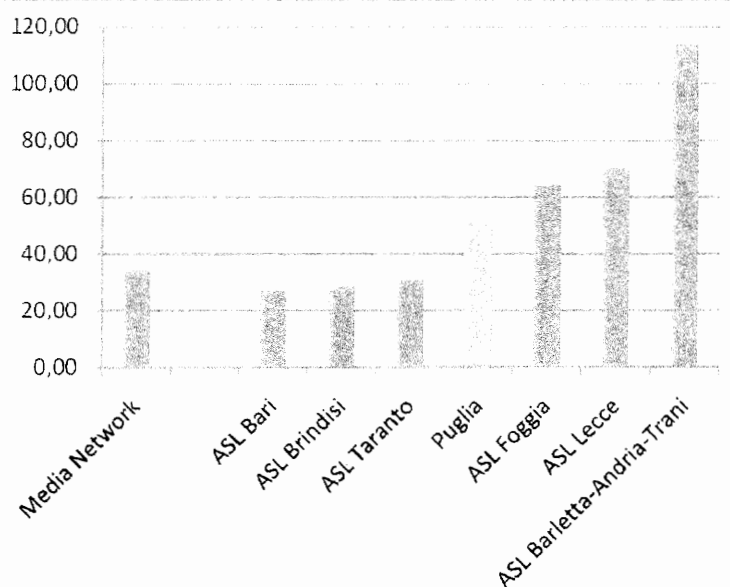
Valore massimo tra le aziende

del Network 199,25

Media aziende del Network

34,18

Media Network	34,18
ASL Bari	27,01
ASL Brindisi	28,59
ASL Taranto	30,84
Puglia	51,15
ASL Foggia	64,66
ASL Lecce	70,36
ASL Barletta-Andria-Trani	113,70



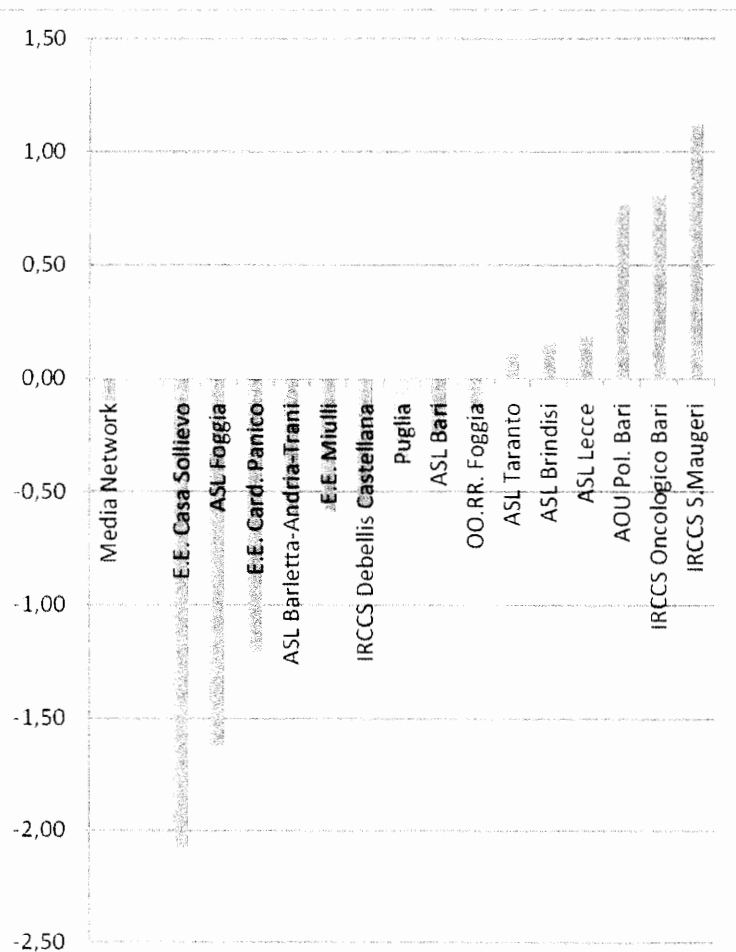
## C2a.M Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2014 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri medici.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le  
aziende del Network -6,22  
Valore massimo tra le  
aziende del Network 2,87  
Media aziende del Network -  
0,10

Media Network	-0,10
E.E. Casa Sollievo	-2,08
ASL Foggia	-1,62
E.E. Card. Panico	-1,21
ASL Barletta-Andria-Trani	-0,61
E.E. Miulli	-0,59
IRCCS Debellis Castellana	-0,57
Puglia	-0,36
ASL Bari	-0,25
OO.RR. Foggia	-0,14
ASL Taranto	0,12
ASL Brindisi	0,16
ASL Lecce	0,19
AOU Pol. Bari	0,77
IRCCS Oncologico Bari	0,81
IRCCS S.Maugeri	1,12



## C2a.C Indice di performance degenza media DRG Chirurgici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2014 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del

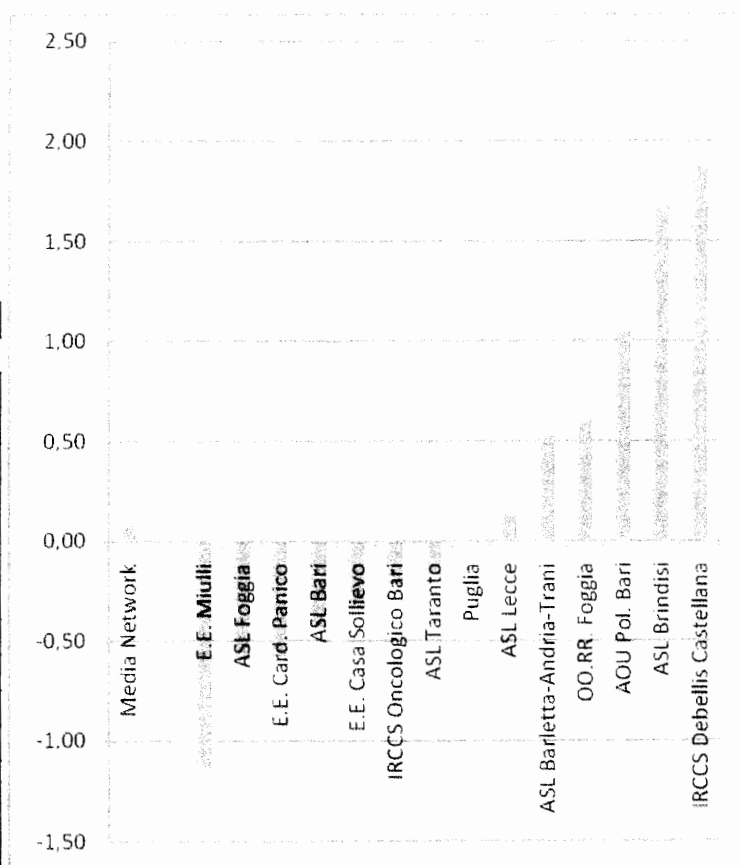
Network -2,67

Valore massimo tra le aziende del

Network 2,26

Media aziende del Network 0,09

Media Network	0,09
E.E. Miulli	-1,14
ASL Foggia	-0,6
E.E. Card. Panico	-0,58
ASL Bari	-0,43
E.E. Casa Sollievo	-0,33
IRCCS Oncologico Bari	-0,22
ASL Taranto	-0,17
Puglia	0,05
ASL Lecce	0,13
ASL Barletta-Andria-Trani	0,54
OO.RR. Foggia	0,61
AOU Pol. Bari	1,05
ASL Brindisi	1,68
IRCCS Debellis Castellana	1,9



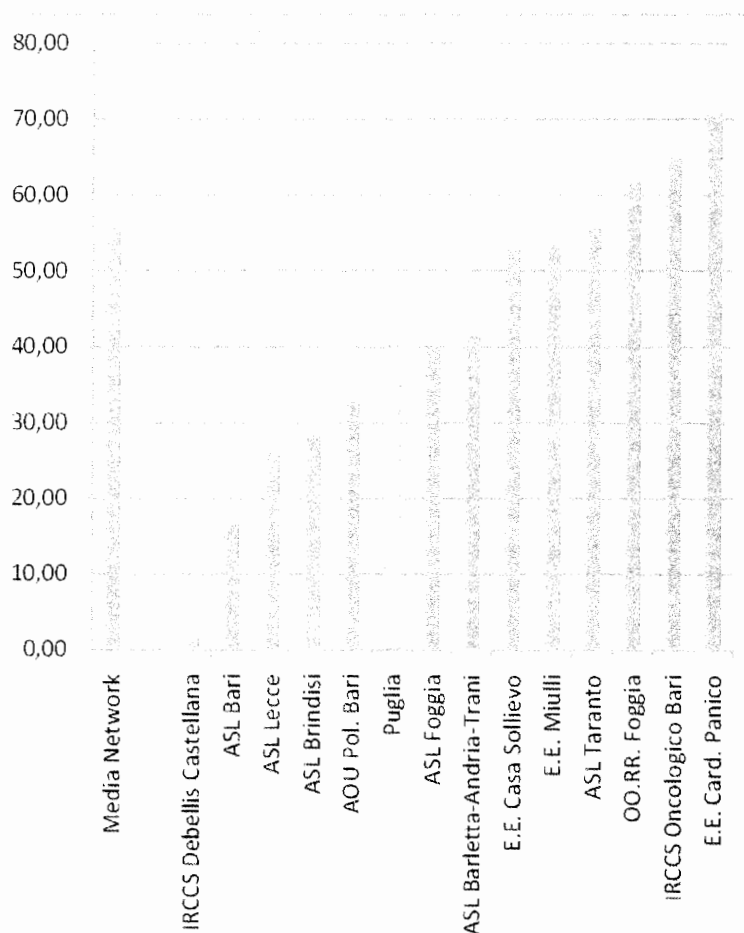
### C4.7 Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)

Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network  
0,00  
Valore massimo tra le aziende del Network  
94,37  
Media aziende del Network  
56,06

Media Network	56,06
IRCCS Debellis Castell	1,66
ASL Bari	16,95
ASL Lecce	26,22
ASL Brindisi	28,61
AOU Pol. Bari	33,23
Puglia	39,94
ASL Foggia	39,95
ASL Barletta-Andria-T	42,06
E.E. Casa Sollievo	52,96
E.E. Miulli	53,67
ASL Taranto	55,59
OO.RR. Foggia	61,67
IRCCS Oncologico Bar	65,03
E.E. Card. Panico	70,89



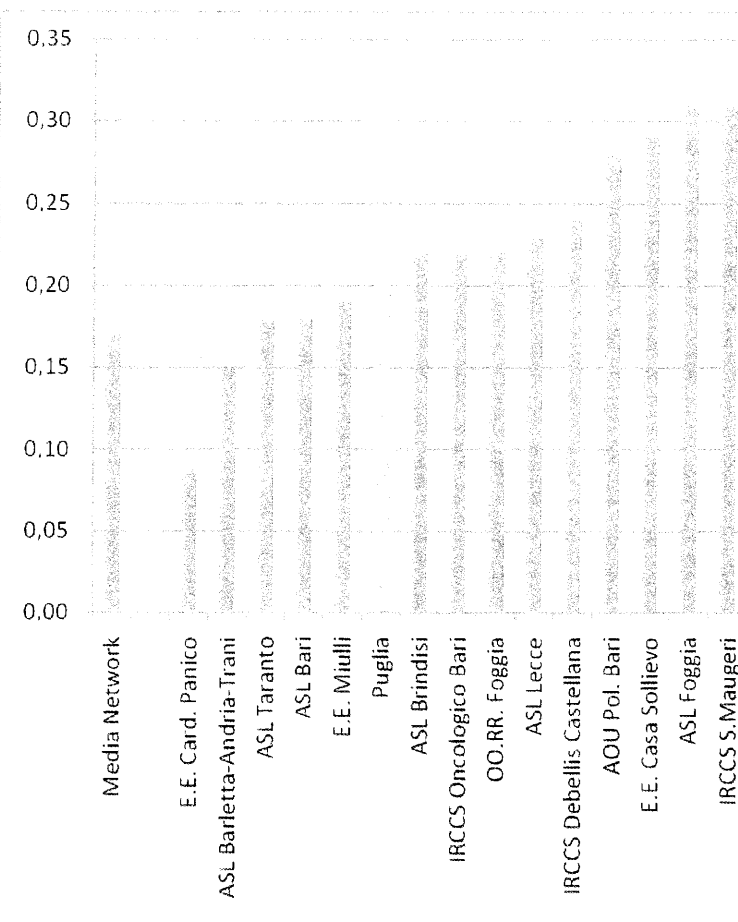
### C4.13 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)

L'indicatore, previsto dalla Griglia LEA, misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza e il numero di ricoveri per i DRG *non* a rischio di inappropriatezza. Si tratta di un indicatore di appropriatezza del *setting* assistenziale.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende  
del Network 0,00  
Valore massimo tra le  
aziende del Network 0,82  
Media aziende del Network  
0,17

Media Network	0,17
E.E. Card. Panico	0,09
ASL Barletta-Andria-Trani	0,15
ASL Taranto	0,18
ASL Bari	0,18
E.E. Miulli	0,19
Puglia	0,22
ASL Brindisi	0,22
IRCCS Oncologico Bari	0,22
OO.RR. Foggia	0,22
ASL Lecce	0,23
IRCCS Debellis Castellana	0,24
AOU Pol. Bari	0,28
E.E. Casa Sollievo	0,29
ASL Foggia	0,31
IRCCS S.Maugeri	0,31



## C4.8 Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute)

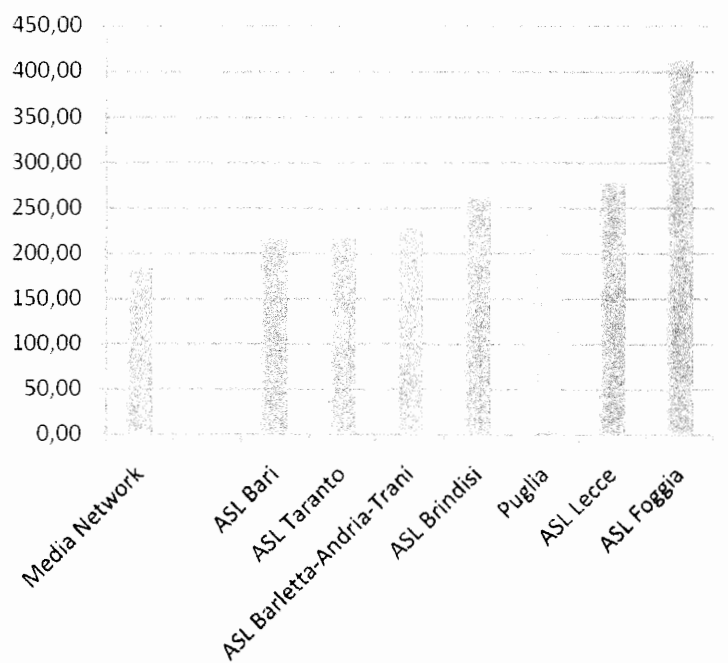
I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico (indicata all'interno del Patto per la Salute 2010-2012) che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore C4.8 misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del Network  
101,45  
Valore massimo tra le aziende del Network  
412,22  
Media aziende del Network 183,74

Media Network	183,74
---------------	--------

ASL Bari	216,85
ASL Taranto	219,53
ASL Barletta-Andria-Trani	229,05
ASL Brindisi	262,64
Puglia	265,08
ASL Lecce	277,84
ASL Foggia	412,22



## C14.2a Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)

I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital.

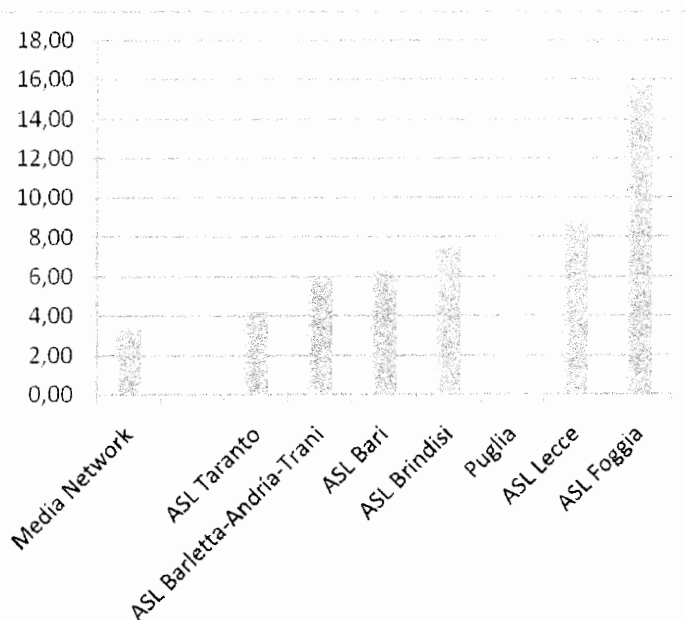
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del Network 0,16

Valore massimo tra le aziende del Network 15,68

Media aziende del Network 3,38

Media Network	3,38
ASL Taranto	4,26
ASL Barletta-Andria-Trani	5,96
ASL Bari	6,29
ASL Brindisi	7,49
Puglia	8,04
ASL Lecce	8,81
ASL Foggia	15,68





## C14.4 % ricoveri medici oltre soglia per pazienti $\geq 65$ anni

L'indicatore C14.4 identifica i ricoveri acuti medici con una durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr. Patto per la salute 2010-2012). Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominato "valore soglia di un DRG"; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 64 anni, vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.

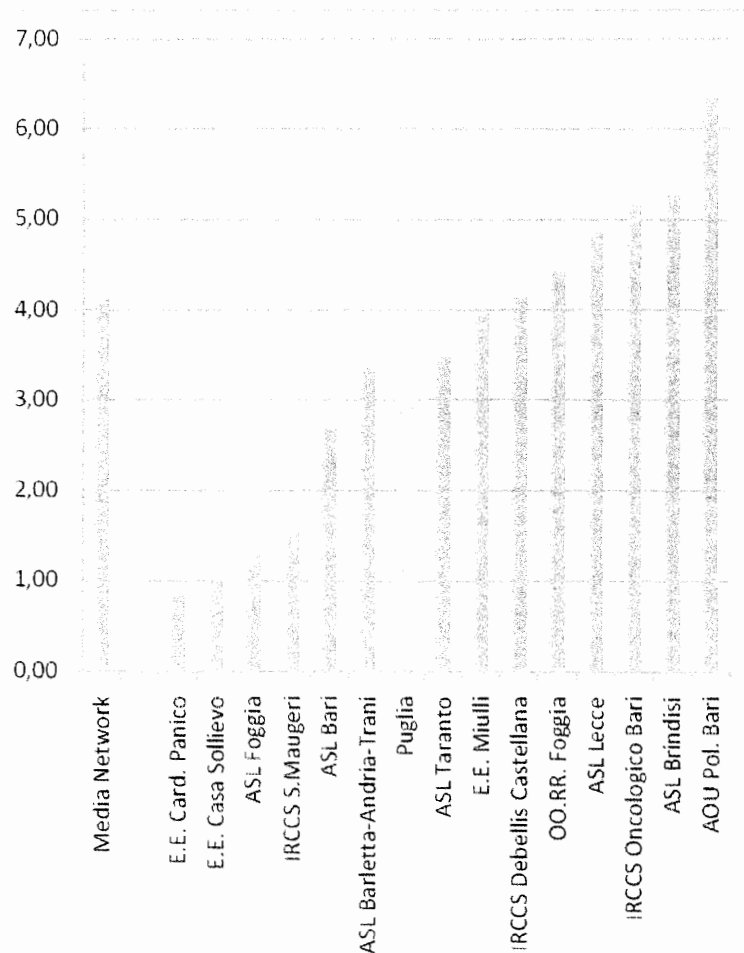
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del Network 0,00

Valore massimo tra le aziende del Network 10,55

Media aziende del Network 4,12

Media Network	4,12
E.E. Card. Panico	0,88
E.E. Casa Sollievo	0,98
ASL Foggia	1,32
IRCCS S.Maugeri	1,53
ASL Bari	2,69
ASL Barletta-Andria-Trani	3,37
Puglia	3,49
ASL Taranto	3,5
E.E. Miulli	3,97
IRCCS Debellis Castellana	4,14
OO.RR. Foggia	4,42
ASL Lecce	4,87
IRCCS Oncologico Bari	5,19
ASL Brindisi	5,27
AOU Pol. Bari	6,35



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

### C7.1 Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)

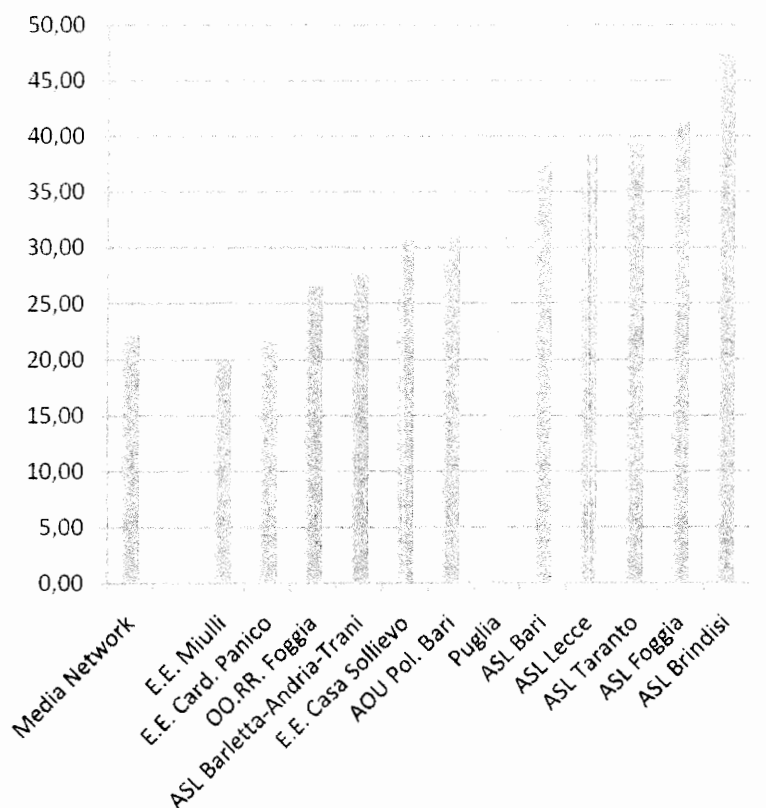
Nella valutazione del ricorso al parto cesareo, le differenti popolazioni di pazienti di cui gli specialisti si fanno carico generano una variabilità tale da rendere i dati non sempre confrontabili fra le Aziende Sanitarie. L'American College of Obstetricians and Gynecologists propone l'utilizzo di un indicatore specifico che restringe l'analisi ad un case-mix costituito da donne primipare, con parto a termine, non gemellare e bambino in posizione vertice (NTSV), rendendo

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le  
aziende del Network 8,30

Valore massimo tra le  
aziende del Network 47,52  
Media aziende del Network  
22,25

Media Network	22,25
E.E. Miulli	19,91
E.E. Card. Panico	21,69
OO.RR. Foggia	26,60
ASL Barletta-Andria-Trani	27,74
E.E. Casa Sollievo	30,83
AOU Pol. Bari	31,07
Puglia	35,41
ASL Bari	37,72
ASL Lecce	38,39
ASL Taranto	39,27
ASL Foggia	41,28
ASL Brindisi	47,52



### C7.3 Percentuale di episiotomie depurate (NTSV)

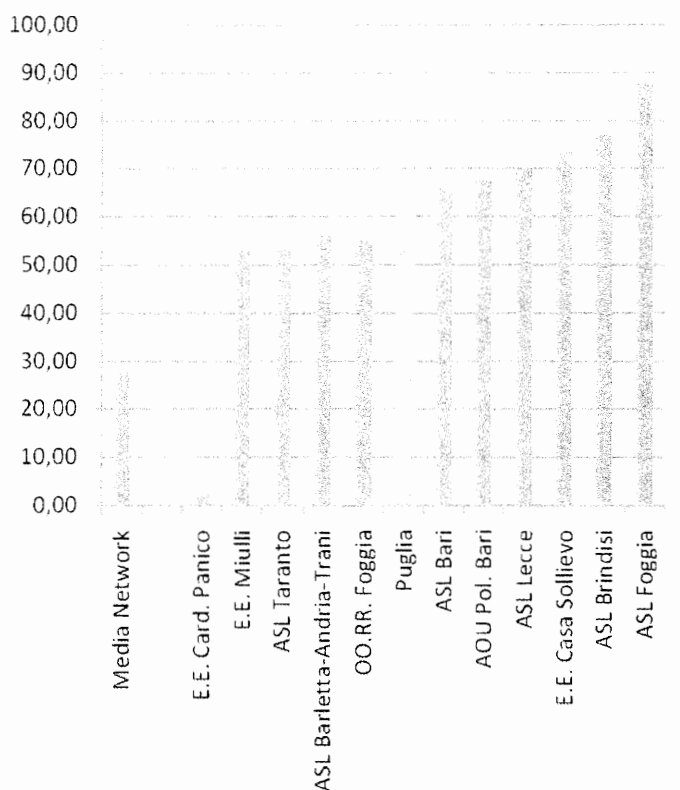
L'episiotomia, uno degli interventi più frequentemente utilizzati durante il parto vaginale, è divenuto un intervento di routine senza che vi fossero prove della sua efficacia sia a breve che a medio-lungo termine. Studi clinici, controllati e randomizzati, hanno dimostrato che contenere il ricorso all'episiotomia (sia mediana che mediolaterale) riduce l'incidenza di traumi e complicazioni dell'area perineale [Viswanathan et al., 2005].

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende  
del Network 1,64  
Valore massimo tra le aziende  
del Network 87,76  
Media aziende del Network  
27,91

Media Network	27,91
---------------	-------

E.E. Card. Panico	2,60
E.E. Miulli	53,02
ASL Taranto	53,13
ASL Barletta-Andria-Trani	56,17
OO.RR. Foggia	56,22
Puglia	61,55
ASL Bari	66,05
AOU Pol. Bari	67,48
ASL Lecce	70,03
E.E. Casa Sollievo	73,74
ASL Brindisi	77,16
ASL Foggia	87,76



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

## C7.6 Percentuale di parti operativi (uso di forcipe o ventosa)

La percentuale di utilizzo di forcipe e ventosa fornisce informazioni circa le pratiche ostetriche adottate nelle aziende sanitarie, permettendo di contestualizzare i risultati relativi al tipo di parto. Questo indicatore va letto insieme alla percentuale di parti con taglio cesareo per individuare eventuali correlazioni fra livelli più bassi di incidenza del taglio cesareo ed un maggior ricorso al parto operativo.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del

Network 0,00

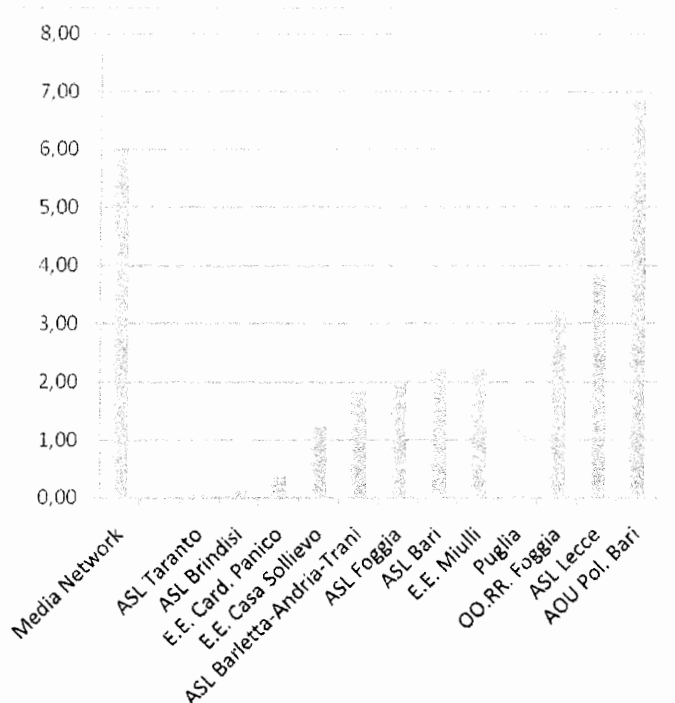
Valore massimo tra le aziende del

Network 16,55

Media aziende del Network 5,98

Media Network	5,98
---------------	------

ASL Taranto	0,05
ASL Brindisi	0,15
E.E. Card. Panico	0,37
E.E. Casa Sollievo	1,24
ASL Barletta-Andria-Trani	1,85
ASL Foggia	2,03
ASL Bari	2,23
E.E. Miulli	2,23
Puglia	2,24
OO.RR. Foggia	3,24
ASL Lecce	3,85
AOU Pol. Bari	6,89



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

## D9 Abbandoni da Pronto Soccorso

Il paziente che accede al Pronto Soccorso può decidere di abbandonare il percorso diagnostico-terapeutico. Questo aspetto va monitorato con attenzione, in quanto un paziente che abbandona il percorso, soprattutto senza averlo completato, può esporsi a conseguenze negative in termini di salute e manifesta, come rilevato in letteratura, un'evidente insoddisfazione per il servizio erogato.

L'indicatore monitora pertanto il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage).

Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del

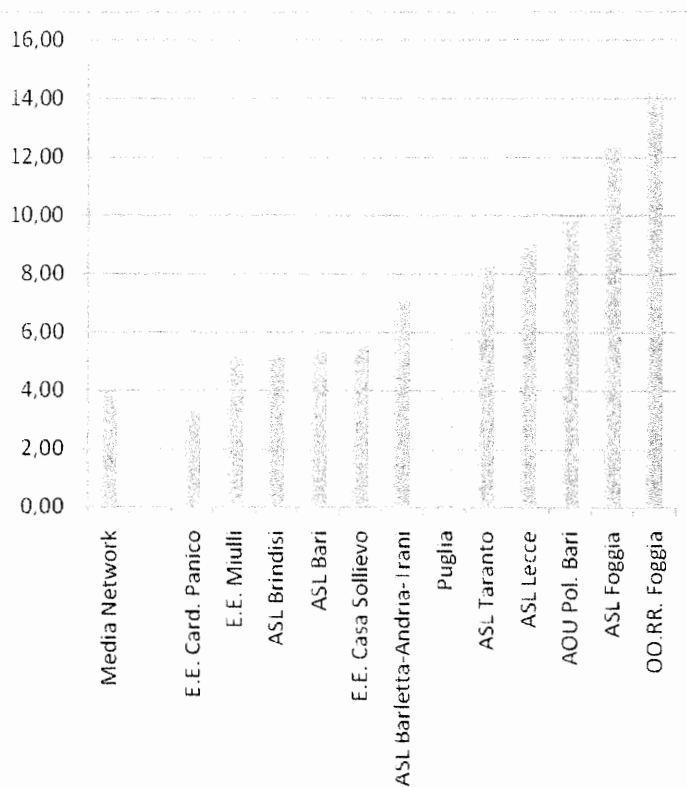
Network 0,00

Valore massimo tra le aziende

del Network 14,23

Media aziende del Network 4,01

Media Network	4,01
E.E. Card. Panico	3,37
E.E. Miulli	5,22
ASL Brindisi	5,31
ASL Bari	5,41
E.E. Casa Sollievo	5,56
ASL Barletta-Andria-Trani	7,12
Puglia	7,96
ASL Taranto	8,32
ASL Lecce	9,03
AOU Pol. Bari	9,82
ASL Foggia	12,33
OO.RR. Foggia	14,23



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

## C16.11 Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso

L'indicatore fornisce una importante descrizione e misura dell'offerta assistenziale erogata dai sistemi di emergenza sanitaria territoriale 118 in termini di tempestività di risposta. L'indicatore è inserito nella "griglia LEA" e misura l'intervallo di tempo che intercorre tra la ricezione della chiamata da parte della Centrale Operativa e l'arrivo del primo mezzo di soccorso sul posto (target).

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del

Network 12,00

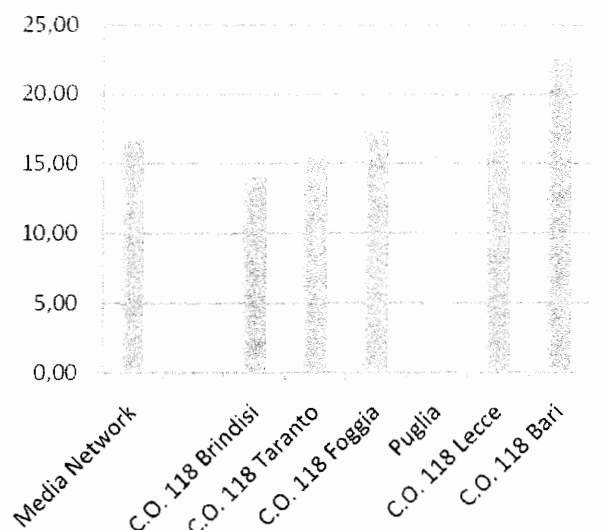
Valore massimo tra le aziende del

Network 23,00

Media aziende del Network 16,77

Media Network	16,77
---------------	-------

C.O. 118 Brindisi	14,1
C.O. 118 Taranto	15,61
C.O. 118 Foggia	17,38
Puglia	18,82
C.O. 118 Lecce	20,03
C.O. 118 Bari	22,6



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

## C16.1 % accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti

I tempi di attesa per ricevere le diverse prestazioni sono una delle principali cause di insoddisfazione negli utenti che usufruiscono del servizio di Pronto Soccorso, e questo naturalmente incide in modo negativo sui livelli di qualità percepita. Diversi studi hanno infatti evidenziato l'impatto di lunghi tempi di attesa, in termini di tempestività delle visite, per i pazienti con codici di maggiore gravità in termini di qualità degli outcome, ma anche di insoddisfazione sia dei professionisti, sottoposti a elevato stress, sia dei pazienti. L'indicatore pertanto monitora la tempestività delle visite ai pazienti con codice giallo, misurando la percentuale di accessi con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del

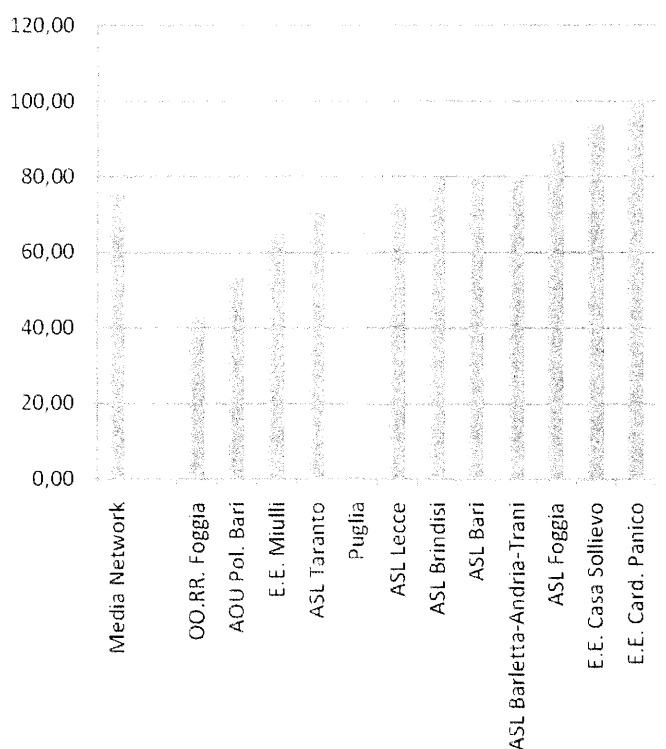
Network 25,63

Valore massimo tra le aziende del

Network 99,86

Media aziende del Network 75,36

Media Network	75,36
OO.RR. Foggia	42,90
AOU Pol. Bari	53,63
E.E. Miulli	65,09
ASL Taranto	70,85
Puglia	72,59
ASL Lecce	72,82
ASL Brindisi	80,06
ASL Bari	80,12
ASL Barletta-Andria-Trani	80,49
ASL Foggia	89,56
E.E. Casa Sollievo	93,85
E.E. Card. Panico	99,86



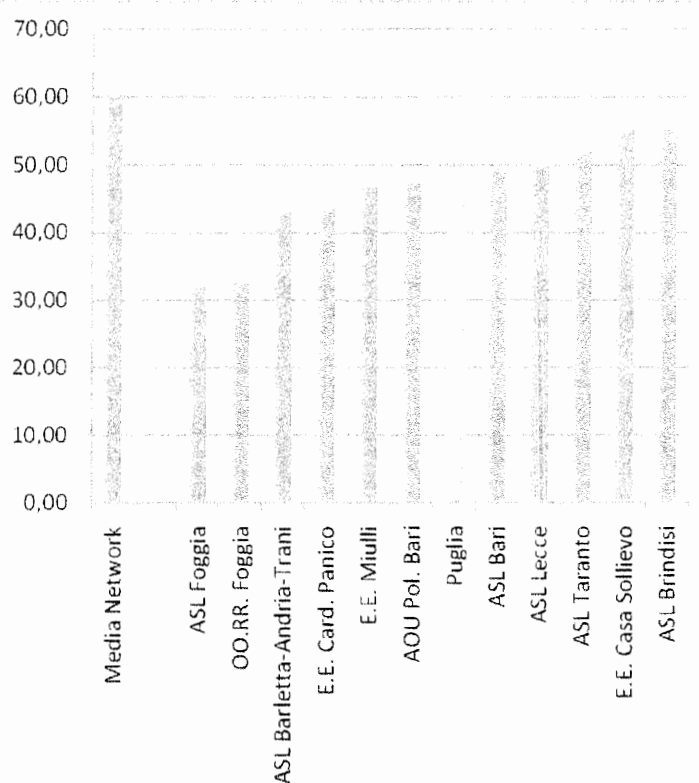
## C16.7 % ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione

L'indicatore C16.7, inserito nel 2014, è calcolato con i dati provenienti dal flusso SDO e monitora la percentuale di ricoveri provenienti dal Pronto Soccorso, ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG chirurgico rispetto ai ricoveri provenienti dal PS ammessi in reparti chirurgici e dimessi con DRG medico o chirurgico. Questo indicatore è stato inserito sotto "Qualità di processo" perché mette in luce gli aspetti relativi all'appropriatezza della scelta del setting assistenziale da parte del personale del PS e, secondariamente, all'efficienza organizzativa dell'ospedale nel suo complesso.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network 32,20  
Valore massimo tra le aziende del Network 83,89  
Media aziende del Network 59,81

Media Network	59,81
ASL Foggia	32,20
OO.RR. Foggia	32,71
ASL Barletta-Andria-Trani	43,11
E.E. Card. Panico	43,59
E.E. Miulli	46,71
AOU Pol. Bari	47,41
Puglia	47,54
ASL Bari	49,59
ASL Lecce	50,19
ASL Taranto	51,96
E.E. Casa Sollievo	55,37
ASL Brindisi	55,5





## C5.2 % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Patto per la salute)

Le Linee guida internazionali concordano sul fatto che il trattamento migliore delle fratture del collo del femore sia l'intervento chirurgico per la riduzione della frattura e la sostituzione protesica, che innalzano le possibilità di ripresa del paziente e di ritorno a funzionamento dell'arto. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente, di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. Il processo assistenziale in questo caso è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa della struttura, che può determinare la puntualità dell'intervento o ritardi che possono anche variare fortemente. La tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura di femore è quindi una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di pesanti conseguenze in termini di complicanze, disabilità ed impatto sulla vita sociale. Un importante ruolo è giocato non solo dalle ortopedie, ma anche dai pronto soccorso, che devono essere in grado di inviare precocemente il paziente al reparto. Per la qualità dell'assistenza in ortopedia chirurgica, le fratture del femore comportano, pertanto, una gestione articolata e complessa degli eventi.

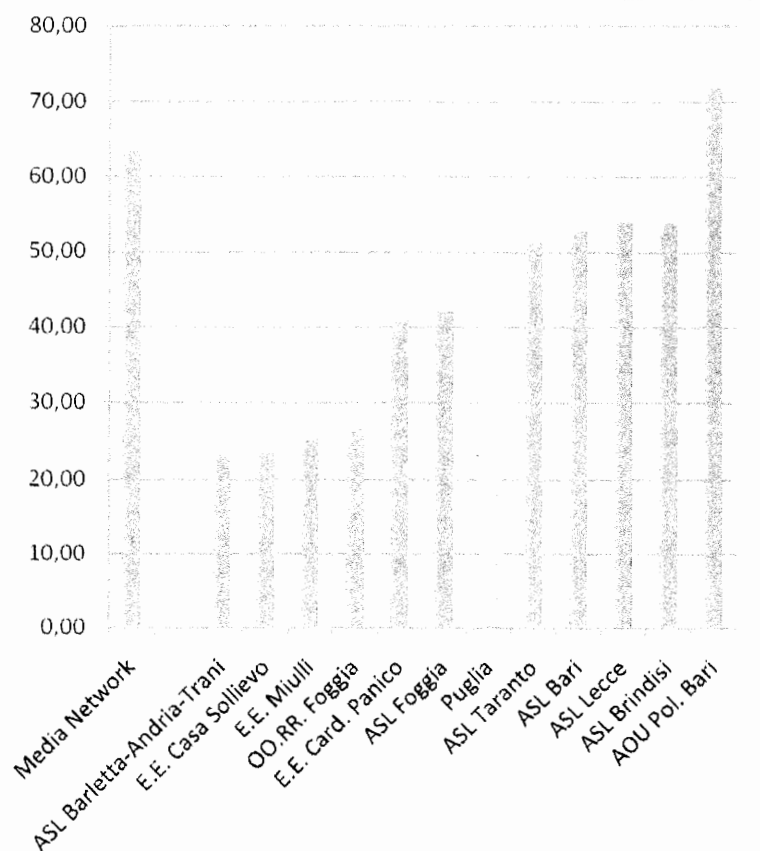
Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network 11,62

Valore massimo tra le aziende del Network 97,02  
Media aziende del Network 63,46

Media Network	63,46
---------------	-------

ASL Barletta-Andria-Trani	23,21
E.E. Casa Sollievo	23,46
E.E. Miulli	25,33
OO.RR. Foggia	26,57
E.E. Card. Panico	40,91
ASL Foggia	42,08
Puglia	47,20
ASL Taranto	51,38
ASL Bari	52,92
ASL Lecce	54,05
ASL Brindisi	54,06
AOU Pol. Bari	72,01



## C10c Tempi di attesa per la chirurgia oncologica

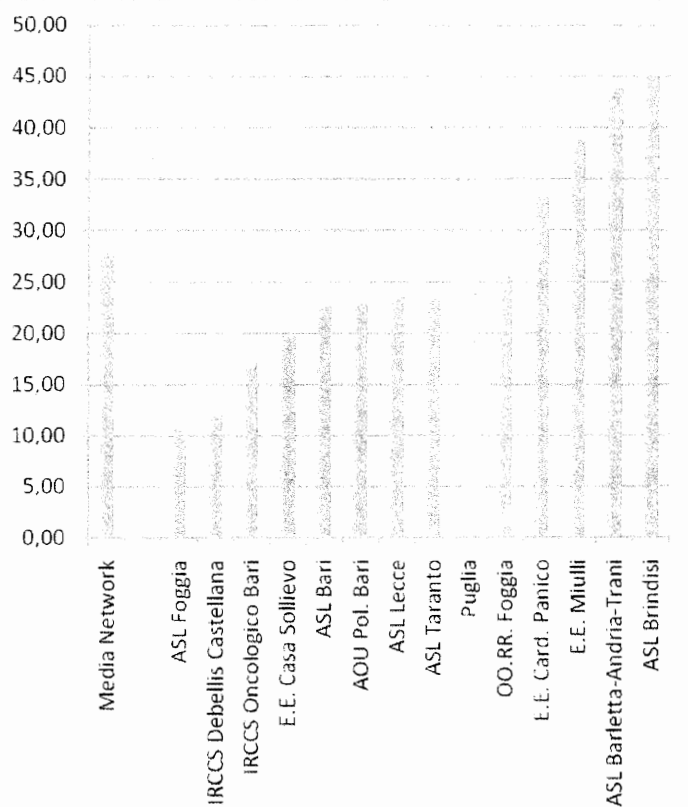
Questo indicatore, contenuto anche nel rapporto SDO elaborato a livello ministeriale, misura il tempo medio di attesa tra la prenotazione del ricovero per intervento per tumore e il ricovero stesso. Sono esclusi i ricoveri urgenti, i ricoveri per Trattamento Sanitario Obbligatorio e quelli per Trattamento Sanitario Volontario. Le patologie prese in considerazione sono il tumore alla mammella, alla prostata, al colon, al retto, al polmone e all'utero.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del  
Network 1,00  
Valore massimo tra le aziende del  
Network 86,25

Media aziende del Network 27,97

Media Network	27,97
ASL Foggia	10,73
IRCCS Debellis Castellana	12,3
IRCCS Oncologico Bari	17,19
E.E. Casa Sollievo	19,7
ASL Bari	22,62
AOU Pol. Bari	22,93
ASL Lecce	23,52
ASL Taranto	23,91
Puglia	25,40
OO.RR. Foggia	25,86
E.E. Card. Panico	33,57
E.E. Miulli	38,86
ASL Barletta-Andria-Trani	43,85
ASL Brindisi	44,82



## D18 Percentuale dimissioni volontarie

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici.

Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante et al., 2013] è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa.

L'indicatore D18 monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.

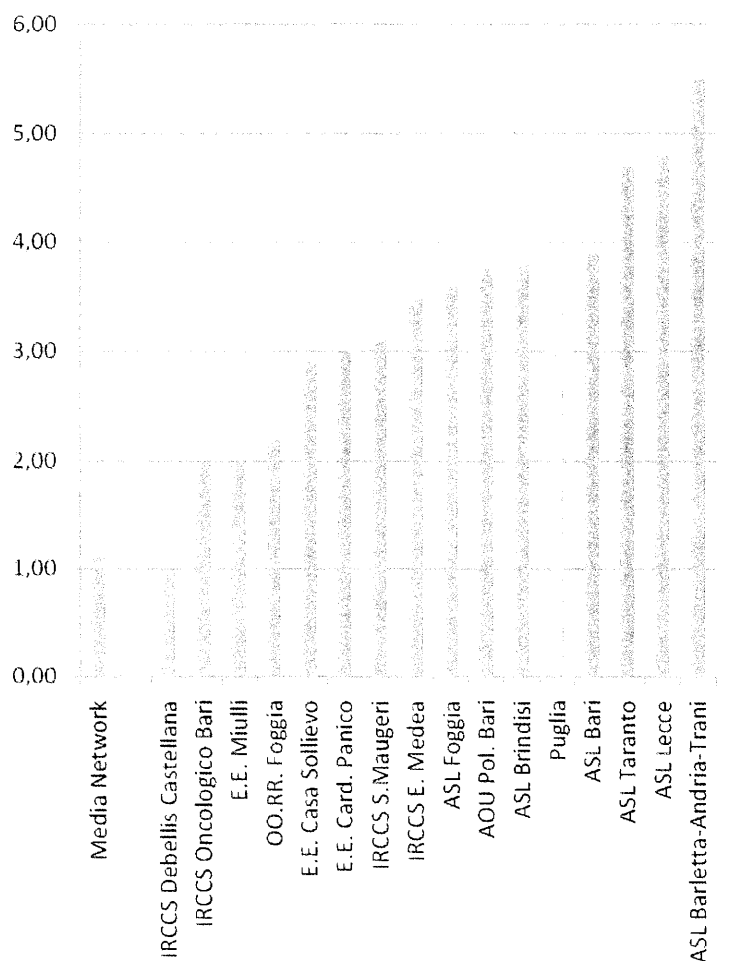
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del Network  
0,00

Valore massimo tra le aziende del Network  
5,52

Media aziende del Network  
1,12

Media Network	1,12
IRCCS Debellis Castell	1,0
IRCCS Oncologico Bar	2,0
E.E. Miulli	2,0
OO.RR. Foggia	2,2
E.E. Casa Sollievo	2,9
E.E. Card. Panico	3,0
IRCCS S.Maugeri	3,1
IRCCS E. Medea	3,5
ASL Foggia	3,6
AOU Pol. Bari	3,8
ASL Brindisi	3,8
Puglia	3,8
ASL Bari	3,9
ASL Taranto	4,7
ASL Lecce	4,8
ASL Barletta-Andria-T	5,5



### C11a.1.1 Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento dei soggetti anziani ed del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve quindi essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella "presa in carico" e del servizio. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere giustificate dalla complessità dei casi trattati; per ottenere una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali è auspicabile l'integrazione delle informazioni derivate dall'indicatore con le indicazioni relative alle complessità dei casi trattati.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del

Network 70,80

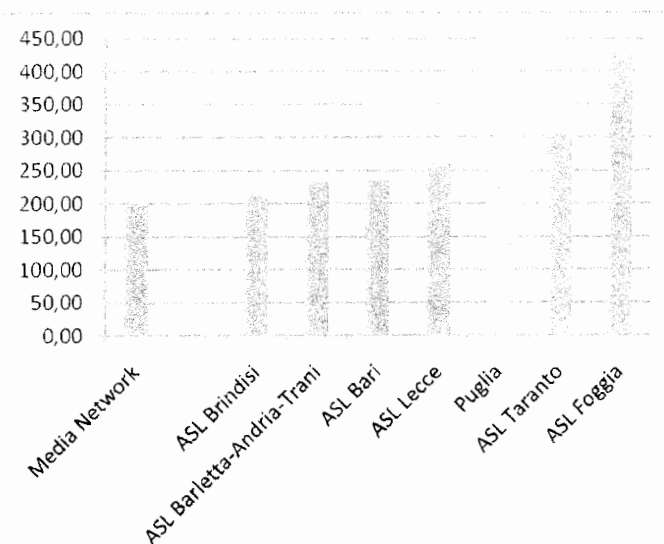
Valore massimo tra le aziende del

Network 427,49

Media aziende del Network 203,03

Media Network	203,03
---------------	--------

ASL Brindisi	213,26
ASL Barletta-Andria-Trani	233,09
ASL Bari	234,59
ASL Lecce	261,4
Puglia	277,12
ASL Taranto	306,79
ASL Foggia	427,49



### C11a.2.1 Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)

Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile *proxy*, il tasso di ricovero per diabete.

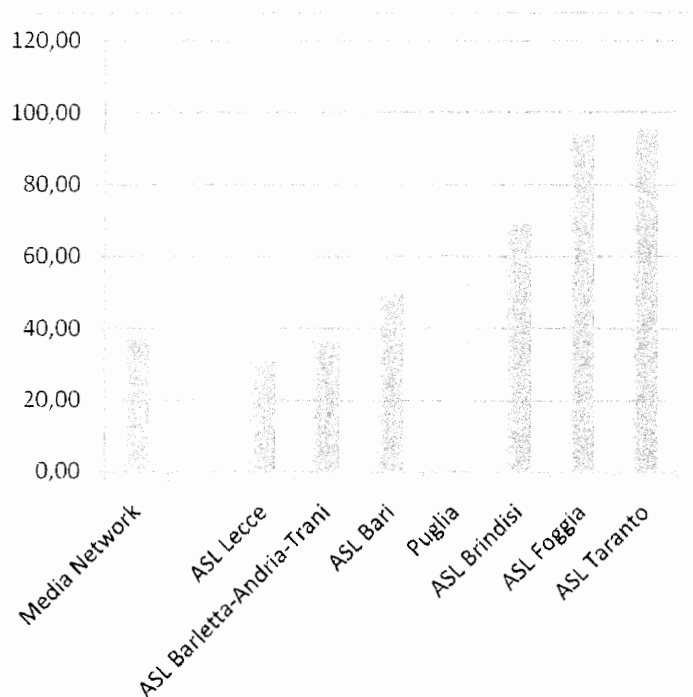
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende  
del Network 4,34

Valore massimo tra le  
aziende del Network 95,69

Media aziende del Network  
37,51

Media Network	37,51
ASL Lecce	30,93
ASL Barletta-Andria-Trani	36,65
ASL Bari	49,84
Puglia	60,05
ASL Brindisi	69,53
ASL Foggia	94,13
ASL Taranto	95,69



### C11a.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Per le broncopneumopatie cronico-ostruttive, alla pari di molte malattie cronico-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Fockner *et al.*, 2005). L'indicatore monitora quindi il tasso di ospedalizzazione per BPCO come proxy di qualità dei servizi assistenziali.

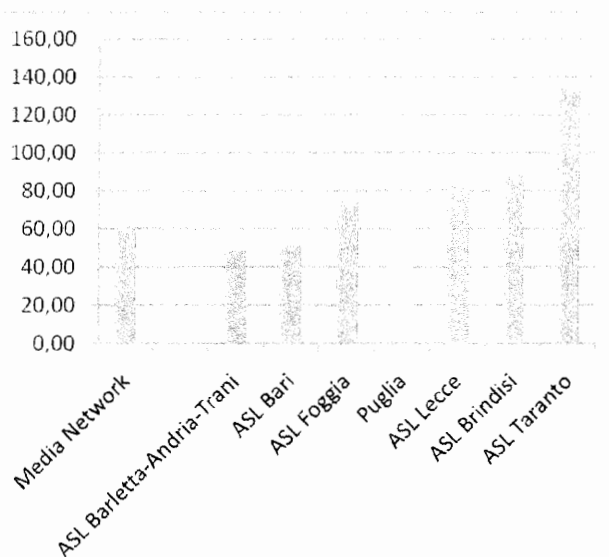
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del  
Network 8,79

Valore massimo tra le aziende del  
Network 137,65

Media aziende del Network 61,91

Media Network	61,91
ASL Barletta-Andria-Trani	48,75
ASL Bari	51,38
ASL Foggia	74,58
Puglia	77,04
ASL Lecce	83,28
ASL Brindisi	89,33
ASL Taranto	134,22



Fonte: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

## B28.1.2 Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione

L'indicatore rileva i casi per i quali è stata effettuata una valutazione del caso, utilizzando l'apposita scheda di valutazione unica o tramite l'Unità di Valutazione Multidisciplinare. Sono escluse dall'indicatore, quindi, le cure prestazionali monoprofessionali occasionali.

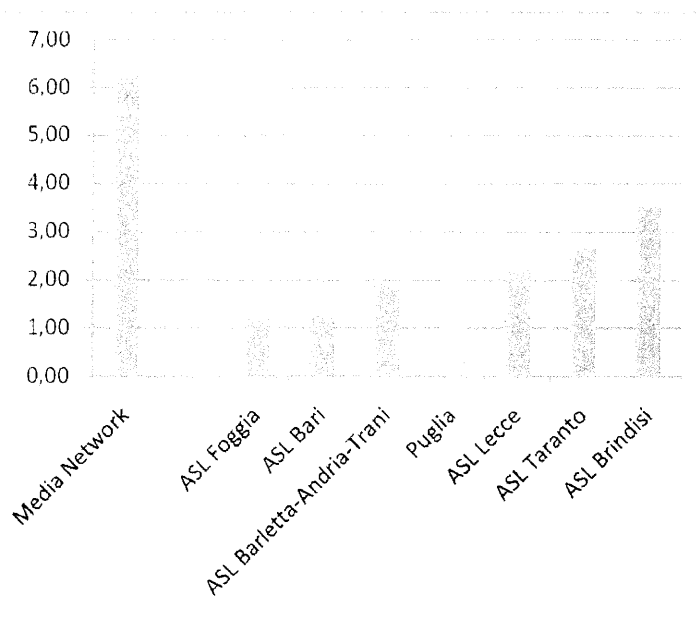
Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network 1,06

Valore massimo tra le aziende del Network 14,04

Media aziende del Network 6,25

Media Network	6,25
ASL Foggia	1,23
ASL Bari	1,29
ASL Barletta-Andria-Trani	1,93
Puglia	1,97
ASL Lecce	2,24
ASL Taranto	2,66
ASL Brindisi	3,51



### C8a.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche

Il re-ricovero di un paziente, entro 7 giorni dall'ultima dimissione, può evidenziare problematiche nella gestione ospedaliera delle casistiche di salute mentale. In questi casi la responsabilità di tale ricovero ripetuto è da attribuirsi quindi al soggetto erogatore.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del

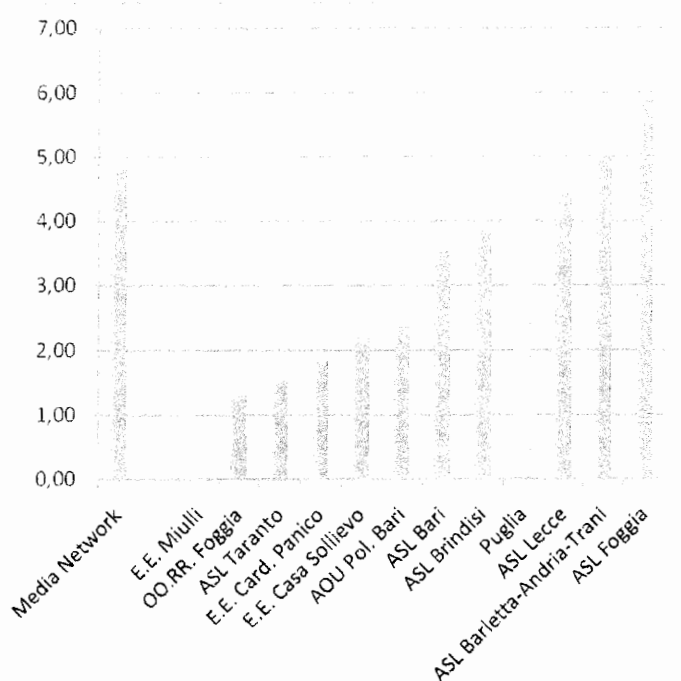
Network 0,00

Valore massimo tra le aziende del

Network 21,73

Media aziende del Network 4,82

Media Network	4,82
E.E. Miulli	0,00
OO.RR. Foggia	1,30
ASL Taranto	1,55
E.E. Card. Panico	1,82
E.E. Casa Sollievo	2,20
AOU Pol. Bari	2,38
ASL Bari	3,53
ASL Brindisi	3,85
Puglia	4,04
ASL Lecce	4,46
ASL Barletta-Andria-Trani	5,02
ASL Foggia	5,88





FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

### B5.1.1 Estensione screening mammografico

Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del

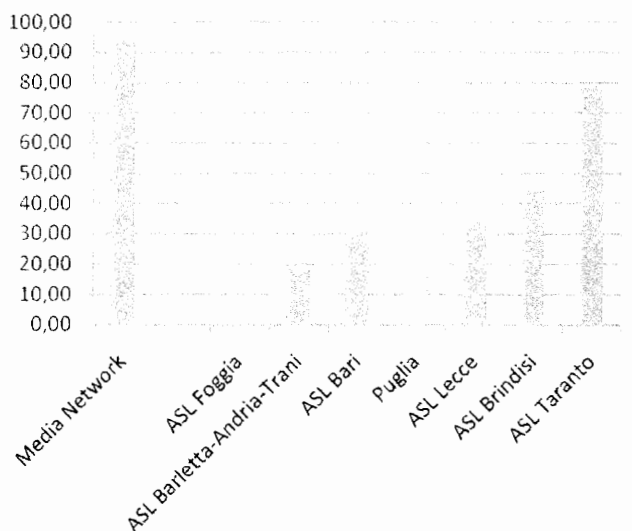
Network 0,00

Valore massimo tra le aziende del

Network 122,31

Media aziende del Network 93,75

Media Network	93,75
ASL Foggia	0,00
ASL Barletta-Andria-Trani	19,77
ASL Bari	31,09
Puglia	34,60
ASL Lecce	34,78
ASL Brindisi	45,11
ASL Taranto	78,81



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

## B5.1.2 Adesione screening mammografico

Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del

Network 38,20

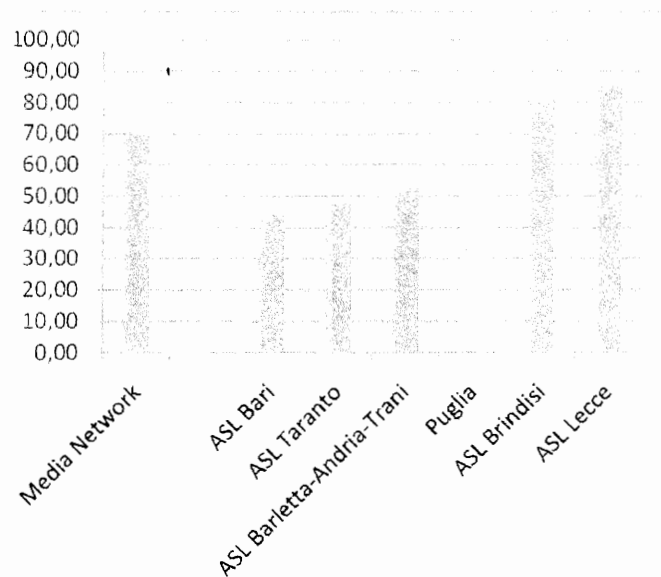
Valore massimo tra le aziende del

Network 85,84

Media aziende del Network 70,53

Media Network	70,53
---------------	-------

ASL Bari	44,32
ASL Taranto	47,95
ASL Barletta-Andria-Trani	52,48
Puglia	58,15
ASL Brindisi	80,92
ASL Lecce	85,84



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

### B5.2.1 Estensione screening cervice uterina

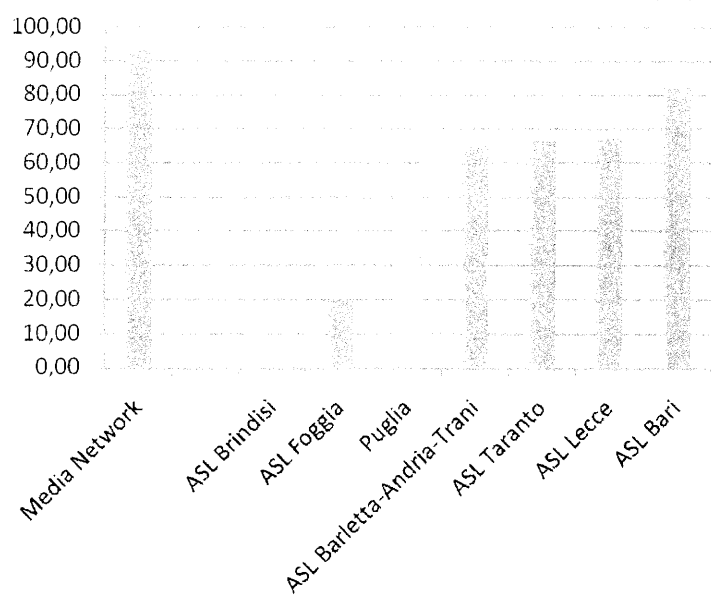
Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione. Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli anni di riferimento dei dati per ogni regione sono riportati nelle tabelle.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le  
aziende del Network 0,20  
Valore massimo tra le  
aziende del Network 131,21  
Media aziende del Network  
94,58

Media Network	94,58
---------------	-------

ASL Brindisi	0,20
ASL Foggia	19,48
Puglia	57,96
ASL Barletta-Andria-Trani	65,24
ASL Taranto	66,71
ASL Lecce	67,42
ASL Bari	82,47



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

### B5.2.2 Adesione screening cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.

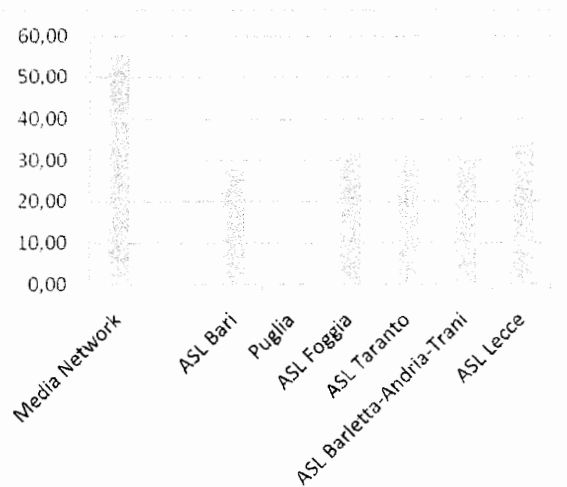
Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network 25,03

Valore massimo tra le aziende del Network 78,89

Media aziende del Network 55,49

Media Network	55,49
ASL Bari	28,54
Puglia	31,10
ASL Foggia	31,89
ASL Taranto	32,07
ASL Barletta-Andria-Trani	32,96
ASL Lecce	34,48



## B7.2 Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani

La vaccinazione rappresenta il mezzo più efficace per prevenire l'infezione influenzale. Il vaccino antinfluenzale si riceve dal proprio medico di famiglia o dal centro vaccinale della azienda sanitaria ed è consigliato, per la stagione invernale, ad alcune tipologie di soggetti a rischio come, ad esempio, anziani, persone con malattie croniche e familiari di soggetti ad alto rischio, categorie professionali a rischio ecc... I residenti di età pari o superiore ai 65 anni sono, comunque, considerati il target prioritario per la vaccinazione. L'indicatore, quindi, è calcolato come rapporto tra le vaccinazioni effettuate su soggetti di età pari o maggiore di 65 anni e la popolazione residente totale di questa fascia di età, secondo i dati ISTAT.

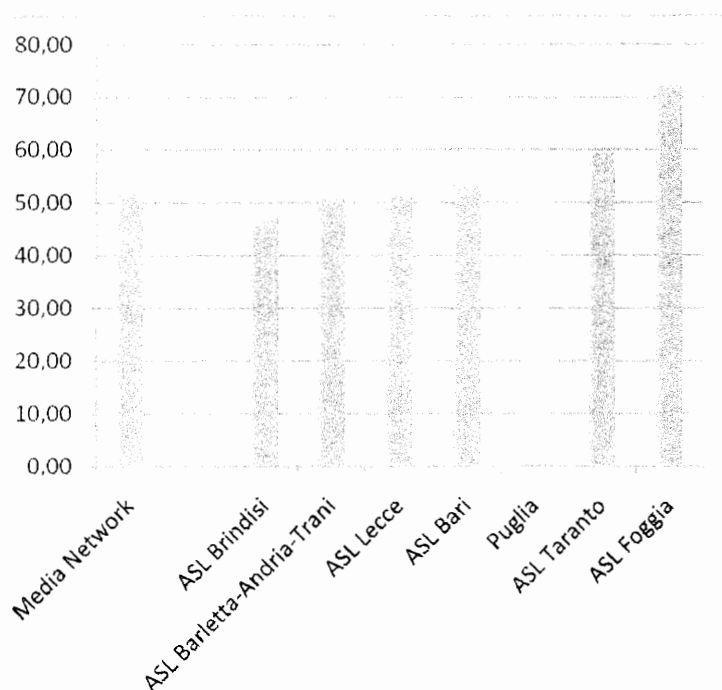
Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network 37,13

Valore massimo tra le aziende del Network 72,30

Media aziende del Network 51,79

Media Network	51,79
ASL Brindisi	47,10
ASL Barletta-Andria-Trani	50,80
ASL Lecce	51,30
ASL Bari	53,70
Puglia	54,70
ASL Taranto	59,40
ASL Foggia	72,30



## B7.1 Copertura vaccinale MPR

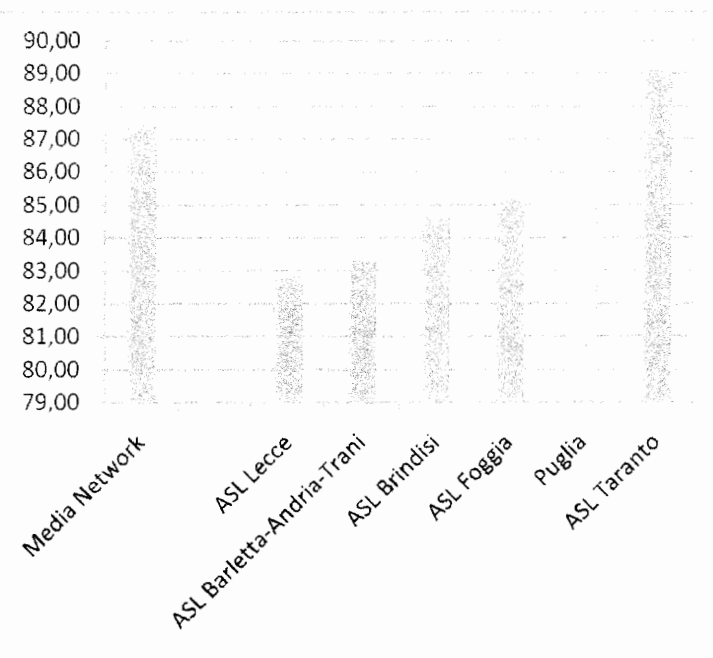
Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network 68,27

Valore massimo tra le aziende del Network 96,89  
Media aziende del Network 87,43

Media Network	87,43
ASL Lecce	82,84
ASL Barletta-Andria-Trani	83,35
ASL Brindisi	84,61
ASL Foggia	85,22
Puglia	85,31
ASL Taranto	89,11



### B7.3 Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)

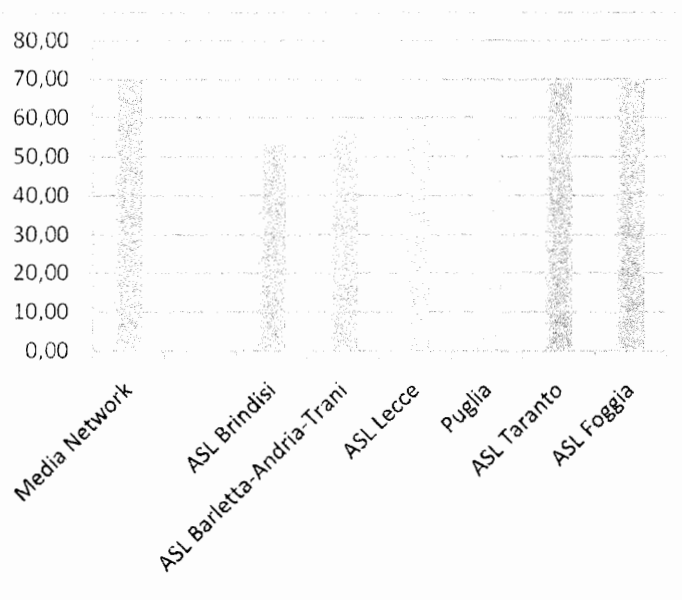
La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari nell'arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero.

L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende  
del Network 27,80  
Valore massimo tra le aziende  
del Network 88,21  
Media aziende del Network  
69,72

Media Network	69,72
ASL Brindisi	53,34
ASL Barletta-Andria-Trani	56,76
ASL Lecce	59,19
Puglia	63,89
ASL Taranto	69,32
ASL Foggia	69,94



## B7.5 Copertura vaccinale antimeningococcica

Il meningococco ("Neisseria Menigitidis") è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo; ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come la malattia "meningococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello).

I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti possono essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni.

Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del

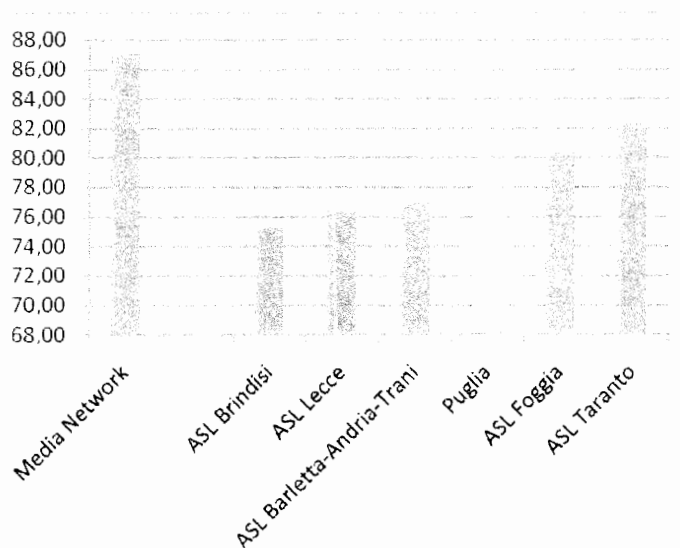
Network 63,08

Valore massimo tra le aziende del

Network 96,18

Media aziende del Network 87,06

Media Network	87,06
ASL Brindisi	75,30
ASL Lecce	76,46
ASL Barletta-Andria-Trani	77,01
Puglia	78,76
ASL Foggia	80,38
ASL Taranto	82,28





FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

## F12a.14 % di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

Le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilancio fra i costi e i benefici deve far parte integrante della decisione terapeutica a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, sarebbero da privilegiare i farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari sui farmaci equivalenti che utilizzano le molecole a brevetto scaduto.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del

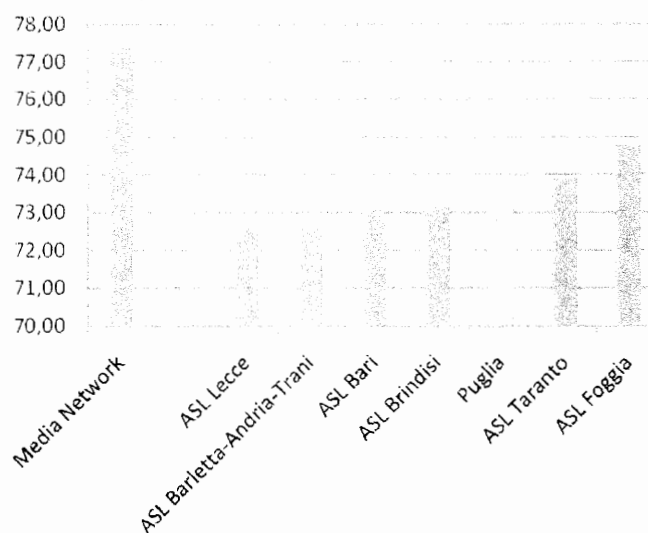
Network 70,07

Valore massimo tra le aziende del

Network 83,61

Media aziende del Network 77,36

Media Network	77,36
ASL Lecce	72,58
ASL Barletta-Andria-Trani	72,71
ASL Bari	73,11
ASL Brindisi	73,17
Puglia	73,34
ASL Taranto	73,89
ASL Foggia	74,78



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

## F12a.6 % di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari e non solo. Nel 2014, la spesa ed i consumi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono al primo posto fra quelli a carico del SSN. A livello nazionale, il 2014 ha registrato un incremento della spesa e dei consumi degli antiipertensivi (Osmmed 2014). Quanto detto diventa ancora più rilevante, sia da un punto di vista clinico che economico, se si pensa ai profili di inappropriata prescrizione ed utilizzo di questa classe di farmaci. Questo indicatore monitora il perseguimento di efficienza di spesa dei farmaci antiipertensivi derivati diidropiridinici.

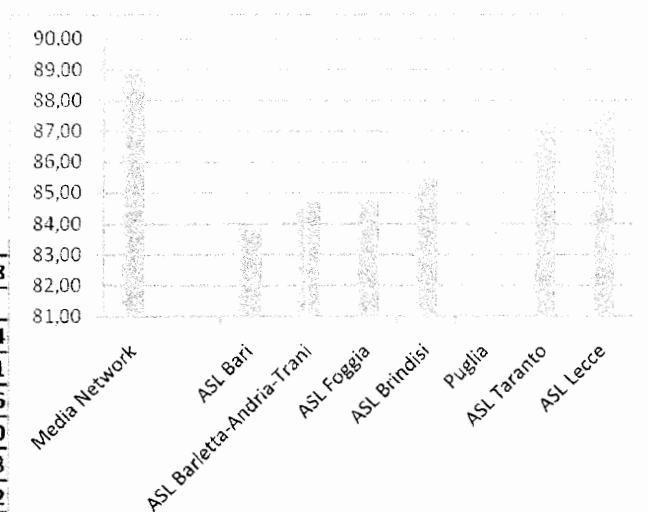
Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network 81,65

Valore massimo tra le aziende del Network 95,41

Media aziende del Network 88,88

Media Network	88,88
ASL Bari	83,84
ASL Barletta-Andria-Trani	84,71
ASL Foggia	84,76
ASL Brindisi	85,50
Puglia	85,63
ASL Taranto	87,42
ASL Lecce	87,63



## F12a.9 % di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

I Fluorochinoloni sono antibiotici di sintesi sviluppati in risposta alle crescenti resistenze batteriche agli antibiotici. Le molecole oggi disponibili sono tutte derivati strutturali dell'acido nalidixico. I fluorochinoloni di seconda generazione presentano caratteristiche vantaggiose quali l'ampio spettro d'azione, eccellente biodisponibilità, penetrazione tissutale, prolungate emivite e limitati effetti collaterali. Secondo previsioni ottimistiche, avrebbero dovuto rappresentare una delle classi di antibiotici più interessanti dal punto di vista dello spettro antibatterico ma, alla prova dei fatti la velocità di resistenza batterica a questa classe di antibiotici è diventata uno dei più grossi svantaggi assieme costo. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su Fluorochinoloni a brevetto scaduto.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network

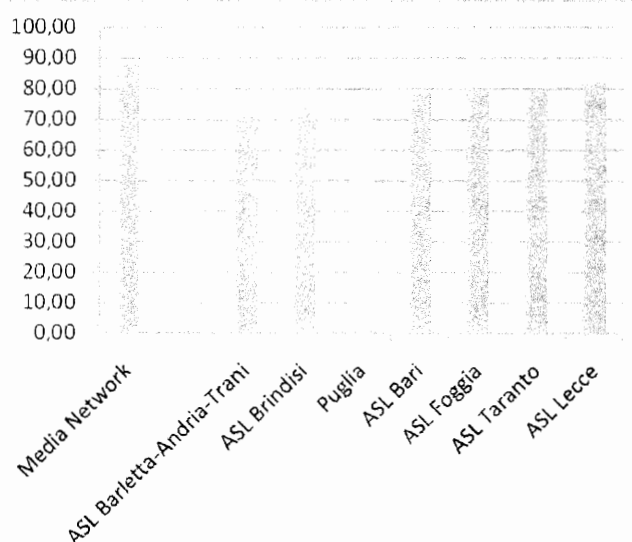
71,49

Valore massimo tra le aziende del

Network 96,90

Media aziende del Network 87,83

Media Network	87,83
ASL Barletta-Andria-Trani	71,49
ASL Brindisi	74,31
Puglia	78,85
ASL Bari	78,89
ASL Foggia	80,14
ASL Taranto	80,18
ASL Lecce	81,94



## F12a.2 % di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

La dislipidemia è uno fra i principali fattori di rischio modificabili di malattie a carico del sistema cardio-circolatorio in generale e di malattie coronariche, ictus cerebrale, scompenso cardiaco e insufficienza renale nel particolare. Considerando che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte nel mondo, oltreché il maggior costo diretto ed indiretto per la loro cura e gestione, bisognerebbe intervenire precocemente con una cura farmacologica nei soggetti affetti, qualora non fosse possibile modificarne efficacemente l'errato stile di vita, causa eventuale dell'affezione dislipidemica. Il rapporto OsMed 2014 evidenzia come diversi studi di farmacoeconomia rivelino il favorevole rapporto costo-efficacia dei farmaci ipolipemizzanti, sia nella prevenzione primaria che in quella secondaria di eventi cardiovascolari. E' importante tener presente però che il raggiungimento del beneficio farmacologico è strettamente correlato sia al profilo del soggetto che all'assunzione continuativa del farmaco stesso. Fra gli ipolipemizzanti, gli inibitori della HMG CoA reduttasi (statine) si confermano al primo posto in termini di spesa avendo anche una buona rappresentanza in termini di numero di prodotti disponibili che utilizzano il principio attivo a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su statine a brevetto scaduto.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del

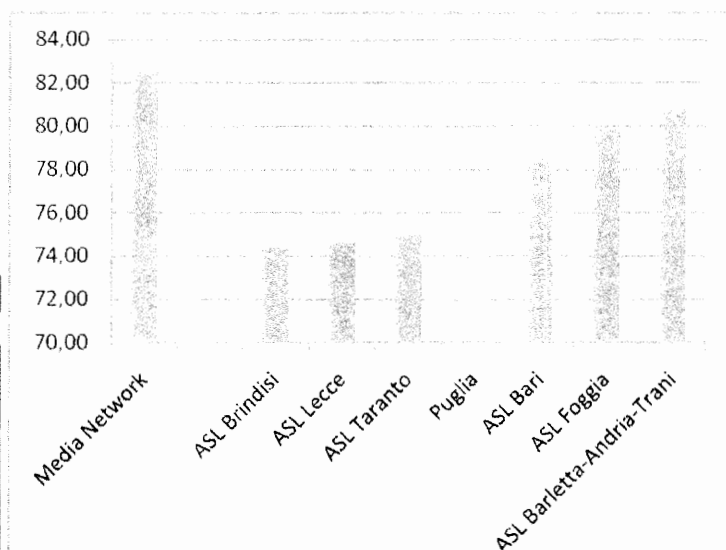
Network 73,67

Valore massimo tra le aziende del

Network 91,60

Media aziende del Network 82,49

Media Network	82,49
ASL Brindisi	74,47
ASL Lecce	74,66
ASL Taranto	75,00
Puglia	77,31
ASL Bari	78,53
ASL Foggia	79,86
ASL Barletta-Andria-Trani	80,86



## F12a.7 % di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

L'ipertensione arteriosa è il principale fattore di rischio modificabile per le malattie cardiovascolari e non solo. Nel 2014, la spesa ed i consumi per i farmaci dell'apparato cardiovascolare sono al primo posto fra quelli a carico del SSN. A livello nazionale, il 2014 ha registrato un incremento della spesa e dei consumi di quei farmaci a base di ACE-inibitori in associazione fissa con un calcio-antagonista (Osmed 2014). Questo indicatore necessariamente monitora il perseguimento di risparmio tramite lo spostamento delle terapie sul farmaco equivalente contenente le molecole a brevetto scaduto.

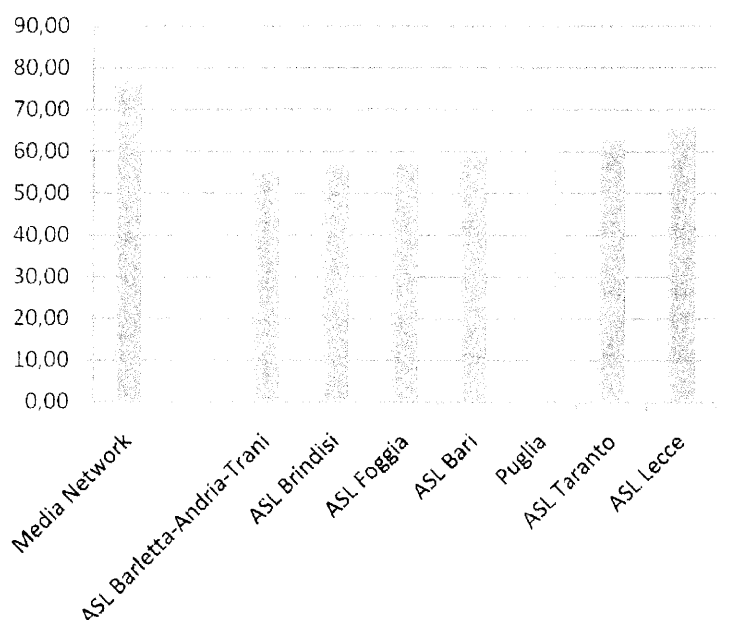
Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del Network 55,24

Valore massimo tra le aziende del Network 90,16

Media aziende del Network 76,97

Media Network	76,97
ASL Barletta-Andria-Trani	55,24
ASL Brindisi	57,19
ASL Foggia	57,20
ASL Bari	59,41
Puglia	60,50
ASL Taranto	62,92
ASL Lecce	66,08



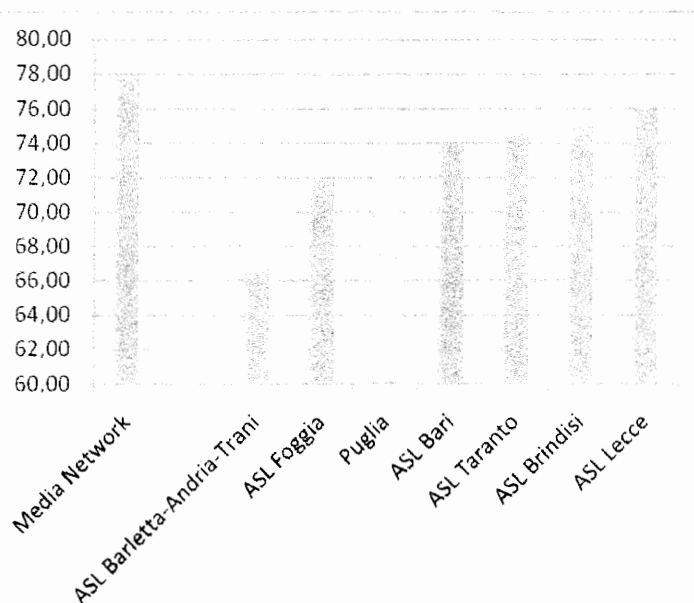
## F12.11a Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)

Gli antagonisti dei recettori dell'angiotensina II, più comunemente noti come Sartani, rappresentano una classe di farmaci ad azione antiipertensiva che agiscono sul sistema renina angiotensina con meccanismo diverso rispetto agli ACE-inibitori. Gli antagonisti recettoriali dell'angiotensina II bloccano direttamente il recettore all'Angiotensina II, indipendentemente dalla via metabolica di formazione del peptide. L'interesse verso i Sartani nasce dall'elevata specificità di questi composti che dovrebbe permettere di superare i problemi conseguenti all'accumulo di peptidi bioattivi, che invece possono manifestarsi con l'utilizzo degli ACE-inibitori. Raccomandazioni correnti suggeriscono l'uso di antagonisti dei recettori dell'angiotensina nel trattamento dello scompenso cardiaco in pazienti che non tollerano l'ACE-inibitore, in pazienti il cui uso è controindicato e quando la risposta agli ACE-inibitori risulti insoddisfacente. Sempre le raccomandazioni correnti sottolineano quanto un bilancio fra i costi e i benefici deve far parte integrante della decisione terapeutica a parità di efficacia clinica e tollerabilità individuale. A tale scopo, quindi, bisognerebbe privilegiare i farmaci a brevetto scaduto. Questo indicatore permette di monitorare il continuo perseguimento del risparmio annuo tramite lo spostamento delle attuali terapie domiciliari su Sartani (associati e non) a brevetto scaduto.

Il valore dell'indicatore dovrebbe crescere

Valore minimo tra le aziende del  
Network 37,86  
Valore massimo tra le aziende  
del Network 90,55  
Media aziende del Network  
77,73

Media Network	77,73
ASL Barletta-Andria-Trani	66,75
ASL Foggia	71,87
Puglia	73,65
ASL Bari	74,03
ASL Taranto	74,58
ASL Brindisi	75,00
ASL Lecce	75,89



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

### C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in eta' pediatrica

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del Network

7,75

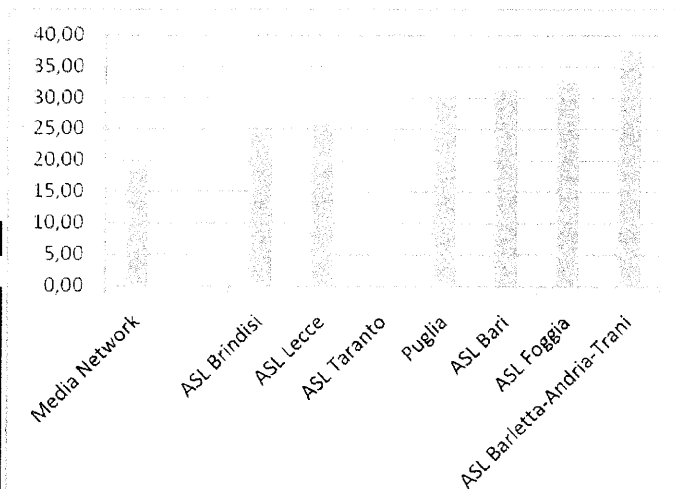
Valore massimo tra le aziende del

Network 37,84

Media aziende del Network 19,28

Media Network	19,28
---------------	-------

ASL Brindisi	24,71
ASL Lecce	26,49
ASL Taranto	29,80
Puglia	30,55
ASL Bari	31,35
ASL Foggia	32,96
ASL Barletta-Andria-Trani	37,84



FONTE: MeS "SANT'ANNA - Scuola Universitaria Superiore Pisa" - NETWORK REGIONI 2015

### C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in eta' pediatrica

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del

Network 0,38

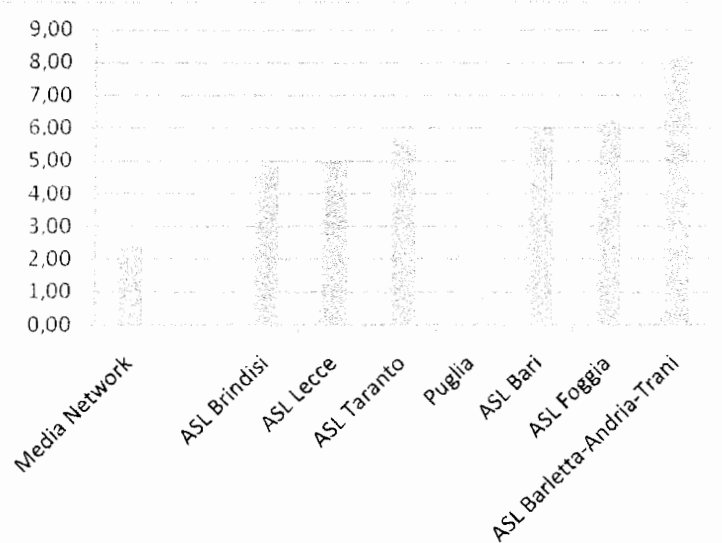
Valore massimo tra le aziende

del Network 8,27

Media aziende del Network 2,43

Media Network	2,43
---------------	------

ASL Brindisi	4,86
ASL Lecce	4,94
ASL Taranto	5,72
Puglia	5,94
ASL Bari	6,01
ASL Foggia	6,27
ASL Barletta-Andria-Trani	8,27





## F18.1 Costo medio per punto DRG

L'indicatore intende misurare il costo di produzione dei ricoveri per acuti pesato per la loro complessità (espressa dai punti drg). L'indicatore è costruito come rapporto fra il costo dell'assistenza ospedaliera per acuti (sia in degenza ordinaria che diurna) sostenuto dalle Aziende e i punti drg relativi alle prestazioni erogate. Per agevolare il confronto, i punti Drg utilizzati sono quelli ministeriali (cosiddetta TUC tariffa unica convenzionale). Per quanto riguarda la stima dei costi di produzione delle aziende (siano esse territoriali o ospedaliere o Irccs) per i ricoveri per acuti, sono stati considerati i costi dell'assistenza ospedaliera per acuti al netto dei costi sostenuti per la mobilità passiva (ossia i costi sostenuti dalle aziende territoriali per prestazioni erogate ai propri residenti presso altre aziende).

Si fa presente che i dati si riferiscono all'anno 2014.

Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Valore minimo tra le aziende del

Network 2.724,11

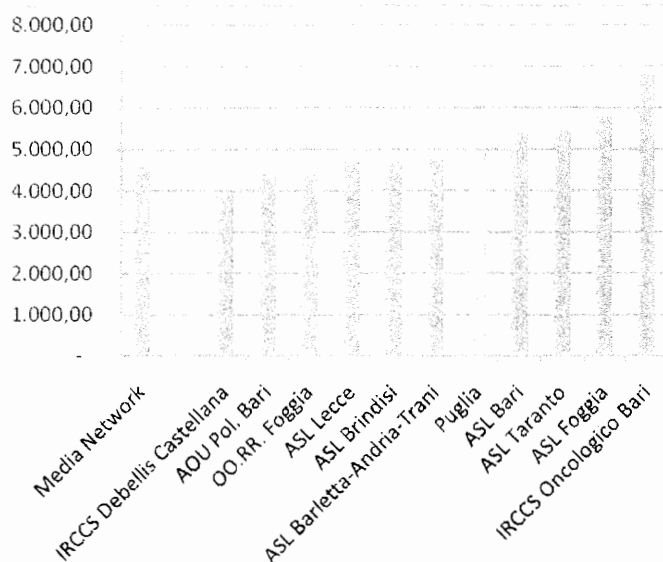
Valore massimo tra le aziende del

Network 6.973,15

Media aziende del Network 4.582,95

Media Network	4.582,95
---------------	----------

IRCCS Debellis Castellana	3.933,74
AOU Pol. Bari	4.396,02
OO.RR. Foggia	4.402,91
ASL Lecce	4.673,62
ASL Brindisi	4.691,63
ASL Barletta-Andria-Trani	4.807,45
Puglia	4.927,71
ASL Bari	5.398,04
ASL Taranto	5.441,78
ASL Foggia	5.782,07
IRCCS Oncologico Bari	6.833,50



## **6. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

### **6.1 Obiettivi delle Unità Operative ed obiettivi assegnati al personale dirigenziale**

Gli obiettivi "strategici" hanno le seguenti caratteristiche:

- sono, di norma, riferiti all'Azienda nella sua complessità;
- sono a basso indice di reversibilità;
- hanno, di norma, un arco temporale pluriennale;
- richiedono, di norma, l'apporto operativo di più aree, servizi, strutture.

Gli obiettivi "operativi" sono assegnati ai dirigenti o responsabili di unità organizzativa e la loro definizione avviene in maniera integrata con il processo di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, nel rispetto del principio secondo il quale un sistema di obiettivi è effettivamente sostenibile solo se vi è congruità tra le azioni da porre in essere e le risorse disponibili.

Conformemente a quanto disciplinato dal D.lgs. 150/2009 la scelta degli obiettivi operativi dovrà tenere conto delle indicazioni che seguono:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione aziendale, alle strategie dall'Azienda;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- che apportano un miglioramento alla qualità dei servizi erogati e agli interventi;
- riferiti ad un arco temporale determinato (di norma 1 anno);
- confrontabili temporalmente all'interno della stessa Azienda;
- correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili.

Il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi dei dirigenti o responsabili di unità organizzativa viene effettuato attraverso un sistema di indicatori di performance corrispondenti agli ambiti di valutazione.

Per ciascuno degli indicatori di performance viene definito un valore target ed un sistema di punteggio che misura il raggiungimento o lo scostamento del valore conseguito dal valore atteso.

## **7. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance**

### **7.1 Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano**

La redazione del Piano della Performance è il risultato di un processo di condivisione che sulla base degli indirizzi strategici definiti dalla Direzione Generale supportata dal Collegio di Direzione, coinvolge a cascata le direzioni delle macrostrutture aziendali, le direzioni delle U.O.C., la dirigenza medica e non medica, il personale di comparto con funzioni di coordinamento, il restante personale.

### **7.2 Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio**

Il Piano della Performance è stato sviluppato coerentemente con gli indirizzi contenuti nella Relazione del Direttore Generale allegata al Bilancio di Previsione 2017, nonché degli indirizzi regionali in materia sanitaria di programmazione economico finanziaria.

### **7.3 Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance**

Le principali aree di miglioramento per lo sviluppo del Ciclo della Performance dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce riguardano la promozione della cultura aziendale della partecipazione e condivisione dei processi di definizione degli obiettivi, di monitoraggio e valutazione dei risultati.

### **SCHEDE BILANCIATE DI VALUTAZIONE**

(vedi allegati)

**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
Macro-area obiettivo: CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA						
Riduzione tassi di ospedalizzazione	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (Ind. MES C1.1.1)			VALORE 2015-20%	a) Trasferimento ricoveri inappropriati in Day Service; b) Presa in carico DSS pazienti con patologia cronico degenerative; c) Filtro ricoveri da P.S.	Reparti di degenza - Distretti Sociosanitari - Pronto Soccorso
	Tasso di ospedalizzazione standardizzato DH medico acuti per 1.000 residenti std per età e sesso (Ind. MES C1.1.2.1)			VALORE 2015-30%	a) Trasferimento ricoveri inappropriati in Day Service; b) Presa in carico DSS pazienti con patologia cronico degenerative;	Reparti di degenza - Distretti Sociosanitari
	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (Ind. MES C7.7)			VALORE 2015-40%	a) Contenimento ricoveri inappropriati; b) Filtro ricoveri dal P.S.	Reparti di pediatria - Pronto Soccorso
	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti 0-17 anni (Ind. MES C8a.19.2)			VALORE 2015-40%	a) Contenimento ricoveri per gastroenterite; b) Filtro da P. S.	Reparti di pediatria - Pronto Soccorso
	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti 2-17 anni (Ind. MES C8a.19.1)			VALORE 2015-20%	a) Contenimento ricoveri per asma; b) Filtro da P. S.	Reparti di pediatria - Pronto Soccorso
Riduzione mobilità passiva extraregionale (DGR 162/2016)					Monitoraggio andamento della domanda	UOSE / COGE
Degenza media	Degenza media DRG medici (Ind. MES C2a.M)			Mantenim. Performance 2015	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	Reparti di degenza medici - Servizi diagnostici
	Degenza media DRG chirurgici (Ind. MES C2a.C)			VALORE 2015-20%	a) Contenimento degenza media; b) Riduzione tempi prestazioni diagnostiche per interni	Reparti di degenza chirurgici - Servizi diagnostici
Riorganizzazione rete ospedaliera (2198/2016) - Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e di riequilibrio ospedale - territorio (DGR 162/2016)	Rispetto cronoprogramma adempimenti finalizzati al riordino della rete ospedaliera di cui al punto 3) della DGR n. 1933 del 30/11/2016			Completamento, entro il 31/12/2017, dell'attuazione del riordino ospedaliero di cui alla DGR 1933/2016 e m.i.	Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	Aree di Gestione (Tecnica - Patrimonio - Personale) Direzioni mediche e amm.ve di P.O.
Riorganizzazione rete emergenza-urgenza	Rispetto cronoprogramma adempimenti finalizzati al riordino della rete di emergenza-urgenza di cui al punto 3) della relativa DGR n. 1933 del 30/11/2016 ed alla tabella D-bis della medesima DGR.			Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 1) - DGR 2198/2016	Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino Rete Emergenza - Urgenza	Aree di Gestione (Patrimonio - Personale) Direzione SEUS 118
Riorganizzazione percorso nascita	Attivazione sistema trasporto emergenza neonatale (STEN) nei 3 centri hub del Percorso nascita di cui al R.R. 14/2015			Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2) - DGR 2198/2016	Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino Sistema di trasporto STAM	Aree di Gestione (Tecnica - Patrimonio - Personale) Direzioni mediche e amm.ve di P.O. U.O. interessate
	Attivazione sistema trasporto protetto gravida a rischio (STAM)			Target definito - per ciascuna Azienda - nell'Allegato 2) - DGR 2198/2016	Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino Sistema di trasporto STEN	Aree di Gestione (Tecnica - Patrimonio - Personale) Direzioni mediche e amm.ve di P.O. U.O. interessate

**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L. 120/2007, art. 1, c. 7) (DGR 2595/2014)	Qualitativo SI / NO			SI	Rispetto condizioni e vincoli previsti dalla L. 120/2007	Direzioni PP.OO. - Distretti - Dipartimenti - Ufficio ALPI
<b>Macro-area obiettivo: APPROPRIATEZZA E QUALITA'</b>						
Miglioramento appropriatezza chirurgica	% ricoveri in day surgery (Ind. MES C4.7)		X	VALORE 2015-20%	Incremento % DRG LEA Chirurgici in Day Surgery	Reperti di degenza chirurgici
	DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Ind. MES C4.13)	X		Mantenim. Performance 2015	Riduzione tassi di inappropriatazza	Reperti di degenza chirurgici
Miglioramento appropriatezza medica	DRG LEA medici: Tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Ind. MES C4.8)		X	VALORE 2015-20%	Riduzione tassi di inappropriatazza	Reperti di degenza medici
	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Ind. MES C14.2a)	X		VALORE 2015-20%	Riduzione DH medico diagnostico	Reperti di degenza medici
	% Ricoveri medici oltre soglia per pazienti età >=65 anni (Ind. MES C14.4)		X	VALORE 2015-20%	a) Riduzione ricoveri medici oltre soglia; b) DOP.	Reperti di degenza medici - Distretti sociosanitari
Miglioramento qualità e appropriatezza area materno-infantile	% Parti cesarei depurati (NTSV) (Ind. MES C7.1)	X		VALORE 2015-30%	a) Riduzione parti cesarei; b) Attuazione interventi Percorso Nascita aziendale	UU.OO. di Ostetricia - Distretti - Consultori Familiari
	% Episiotomie depurate (NTSV) (Ind. MES C7.3)			VALORE 2015-20%	Riduzione episiotomie	UU.OO. di Ostetricia
	% Parti operativi (uso di forcipe o ventosa) (Ind. MES C7.6)			Mantenim. Performance 2015	Riduzione uso forcipe o ventosa	UU.OO. di Ostetricia
Miglioramento qualità e appropriatezza area emergenza-urgenza	Abbandoni da Pronto Soccorso (Ind. MES D9)			VALORE 2015-30%	Miglioramento percorso assistenziale	Pronto soccorso e UU.OO. che effettuano consulenze
	Intervallo Allarme - Target dei mezzi di soccorso (Ind. MES C16.11)	X		VALORE 2015-20%	Rispetto valori target	SEUS 118
	% Accessi in P.S. con codice giallo visitati entro 30 minuti (Ind. MES C16.1)			VALORE 2015+15%	Miglioramento percorso assistenziale	Pronto soccorso e UU.OO. che effettuano consulenze
	% Ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DGR chirurgico alla dimissione (Ind. MES C16.7)			VALORE 2015-30%	Filtro ricoveri da P.S.	Pronto soccorso e UU.OO. che effettuano consulenze
Miglioramento qualità di processo	% Fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione (Ind. MES C5.2)	X		VALORE 2015 +30%	Miglioramento percorso assistenziale	U.O. di Ortopedia
	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica (Ind. MES C10c)			VALORE 2015 -10%	Miglioramento percorso assistenziale	U.O. Chirurgiche
Miglioramento qualità percepita	% Dimissioni volontarie (Ind. MES D18)			VALORE 2015 -30%	Miglioramento percorso assistenziale	U.O. di degenza
Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli E.E. e gli IRCCS (DGR 162/2016)	Riduzione prestazioni inappropriate / Totale prestazioni			SI	Verifica e controllo delle prestazioni erogate da strutture pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale	UVAR - Direzioni Mediche PP.OO. - Dipartimenti - Distretti

**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA SANITARIA TERRITORIALE						
Riduzione tasso di ospedalizzazione patologie cronico-degenerative	N. Ricoveri cronici/Popolazione cronici per 1.000 abit.			VALORE 2015-20%	a) Riduzione ricoveri cronici b) Presa in carico DSS pazienti con patologia cronico degenerative;	Reparti di degenza - Distretti Sociosanitari - Pronto Soccorso
	Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.1.1)			VALORE 2015-20%	Attuazione disposizione Direzione Strategica su percorso assistenziale scompenso	Reparti e servizi di cardiologia - Distretti Sociosanitari - Pronto Soccorso
	Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni (Ind. MES C11a.2.1)			VALORE 2015-20%	Attuazione disposizione Direzione Strategica su percorso assistenziale diabete	Reparti e servizi interessati - Distretti Sociosanitari - Pronto Soccorso
	Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni (Ind. MES C11a.3.1)			VALORE 2015-20%	Attuazione disposizione Direzione Strategica su percorso assistenziale BPCO	Reparti e servizi interessati - Distretti Sociosanitari - Pronto Soccorso
Programmazione e implementazione Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.)	Provvedimenti ASL di adozione del progetto assistenziale e strutturale dei PTA entro il 28/2/2017		X	SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOTER 02.05.02)	Attuazione Progetti PTA	Aree di Gestione (Tecnica - Patrimonio - Personale) Direzioni Distretti
	Report sui PTA relativo ai livelli organizzativi, servizi, appropriatezza prestazioni per singola struttura entro il 31/12/2018		X	/	Attuazione Percorsi assistenziali, organizzativi e gestionali	Distretti
Potenziamento assistenza domiciliare	% Anziani in Cure Domiciliari con valutazione (Ind. MES B28.1.2)			4%	Incremento cure domiciliari	Distretti - Dip. Riab.
	% Anziani > 65 anni in ADI	X		>=3,4%	Incremento presa in carico Anziani >65 anni in ADI	Distretti - Dip. Riab.
Salute mentale	% Ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche (Ind. MES C8a.13.2)			VALORE 2015-20%	Contenimento ricoveri ripetuti entro 7gg per patologie psichiatriche	SPDC - CSM
	% Numero assistiti presso DSM nell'anno della rilevazione			>= 10,82	Incremento N° assistiti in carico	DSM
	Attivazione di almeno n. 1 Centro Territoriale per l'Autismo nell'ambito di ciascuna ASL entro 30/9/2017 (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOTER 02.08.01)			SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOTER 02.08.01)	Predisposizione e attuazione progetto aziendale per attivazione Centro Territoriale per l'Autismo	Aree di Gestione (Tecnica - Patrimonio - Personale) - DSM

**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
Macro-area obiettivo: PREVENZIONE						
Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria (DGR 162/2016)	Numero di controlli ispettivi eseguiti/ numero controlli ispettivi programmati nel PLC 2017			> 90%	Programmazione ed esecuzione dei controlli ufficiali (ispettivi e analitici) previsti dal PLC in riferimento al PRC.	Dip. Prevenzione
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Interventi aziendali attuativi del Piano Regionale della Prevenzione (approvato con DGR n. 1209/2015 e successivamente integrato con DGR n. 302/2016)			Adozione Piano aziendale attuativo del PRP (SI/NO)	Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	Dip. Prevenzione
	Implementazione strumenti sorveglianza epidemiologica (Registro Tumori e Registro Malformazioni Congenite)			Aggiornamento casistica Registro Tumori e Registro Malformazioni Congenite secondo programmazione CTS (SI/NO)	Aggiornamento casistica: a) Registro Tumori; b) Malformazioni Congenite	UOSE - UU.OO. Ostetricia
Potenziamento screening oncologici (mammografico, cervice uterina, colon retto) (DGR 2198/2016) - Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali (DGR 162/2016)	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening mammografico da parte di ciascuna ASL entro il 31/1/2017			SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.01.01)	Predisposizione e attuazione Piano screening mammografico	Direzione Sanitaria
	Estensione: % donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.1.1).			80% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.01.02)	Miglioramento indici di attuazione screening mammografico	Direzione Sanitaria
	Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.1.2).	X		70% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.01.03)	Miglioramento indici di attuazione screening mammografico	Direzione Sanitaria
	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening cervice uterina da parte di ciascuna ASL entro il 31/1/2017			SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.02.01)	Predisposizione e attuazione Piano screening cervice uterina	Direzione Sanitaria
	Estensione: % di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.2.1).			70% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.02.02)	Miglioramento indici di attuazione screening cervice uterina	Direzione Sanitaria

**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
	Adesione: % di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate (Ind. MES B5.2.2).	X		50% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.02.03)	Miglioramento indici di attuazione screening cervice uterina	Direzione Sanitaria
	Redazione Capacity Planning Obiettivi/Volumi/Risorse per Screening coloretale da parte di ciascuna ASL entro il 31/1/2017			SI (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.03.01)	Predisposizione e attuazione Piano screening coloretale	Direzione Sanitaria
	Estensione: % di persone invitate allo screening coloretale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (Ind. MES B5.3.1).			80% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.03.02)	Miglioramento indici di attuazione screening coloretale	Direzione Sanitaria
	Adesione: % di persone che hanno partecipato allo screening coloretale rispetto alle persone invitate (Ind. MES B5.3.2).	X		40% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 01.03.03)	Miglioramento indici di attuazione screening coloretale	Direzione Sanitaria
Potenziamento copertura vaccinale	VACCINAZ. ANTIINFLUENZALE PER ANZIANI_Numero vaccinati età >= 65 anni/Popolazione residente età >=65 anni (Ind. MES B7.2).	X		60% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.02.02)	Miglioramento indici copertura vaccinazione antiinfluenzale per anziani	Servizio Igiene Pubblica
	VACCINAZ. MRP_N. bambini vaccinati MPR/N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione (Ind. MES B7.1).			90% (Cronoprogramma Progr. Operat. - Interv. GOPRO 02.01.02)	Miglioramento indici copertura vaccinazione MRP	Servizio Igiene Pubblica
	VACCINAZ. PAPILLOMA VIRUS (HPV)_Cicli vaccinali completati entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento/N. bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (Ind. MES B7.3).			80%	Miglioramento indici copertura vaccinazione Papilloma virus	Servizio Igiene Pubblica
	VACCINAZ. ANTIMENINGOCOCCICA_N. bambini vaccinati Antimeningococco/N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre (Ind. MES B7.5).			85%	Miglioramento indici copertura vaccinazione antimeningococcica	Servizio Igiene Pubblica



**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
Macro-area obiettivo: ASSISTENZA FARMACEUTICA						
Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale (DGR 162/2016)				SI	(Attuazione misure per il perseguimento degli obiettivi DGR 2198/2016 di seguito riportati)	
Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di MMg e PLS entro i limiti di budget ad essi attribuito (D.L. n. 347 del 18/09/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004) (DGR 2595/2014)				SI	(Attuazione misure per il perseguimento degli obiettivi DGR 2198/2016 di seguito riportati)	
Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (D.L. n. 347 del 18/09/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004) (DGR 2595/2014)				SI	Monitoraggio consumi prodotti farmaceutici	Area Farmaceutica - Farmacie ospedaliere e distrettuali - Controllo di Gestione
Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antipertensivi); F12.11a-Sartani].			80%	Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	Area Farmaceutica - Distretti Sociosanitari
Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (Ind. MES C9.8.1.1.1)			20,00	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	Area Farmaceutica - Distretti Sociosanitari
	Consumo di cefalosporine in età pediatrica -DDD (Ind. MES C9.8.1.1.2).			3,00		Area Farmaceutica - Distretti Sociosanitari
Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto			178,00	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	Area Farmaceutica - Distretti Sociosanitari
Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)			85%	Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale	Area Farmaceutica - Distretti Sociosanitari
Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)	Numero di pazienti naive posti in trattamento con farmaci NAO			Non superiore al 2016	Contenimento del numero dei nuovi pazienti (naive e switch) posti in trattamento con farmaci anticoagulanti orali (NAO)	Area Farmaceutica - Distretti Sociosanitari
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)			Epoitine > 60%; Fattori della crescita stimolanti le colonie > 85%; Anti TNF alfa > 30%; Insulina glargine > 50%	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	Area Farmaceutica - Distretti Sociosanitari

**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri			Riduzione del 20% rispetto al 2016	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	Farmacie Ospedaliere - UU.OO. di Degenza e Servizi
Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% Piani terapeutici informatizzati			> 90% del totale	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	Farmacie Ospedaliere - UU.OO. di Degenza e Servizi
Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	% di prescrizioni specialistiche informatizzate			> 90% del totale	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	Prescrittori - Distretti - UU.OO. di Degenza e Servizi
Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico			80% dei pazienti n dimissione con erogazione di primo ciclo di terapia	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	Farmacie Ospedaliere e Territoriali - UU.OO. di Degenza e Servizi
Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi			>90%	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	UU.OO. di Degenza e Servizi
	% Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi			>95%		Farmacie Ospedaliere e Territoriali - UU.OO. di Degenza e Servizi

**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
Macro-area obiettivo: SANITA' DIGITALE						
Rispetto delle disposizioni vigenti in manteria di sanità elettronica (DGR 162/2016)				SI	(Attuazione misure per il perseguimento degli obiettivi DGR 2198/2016 di seguito riportati)	
Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	% del numero di referti di laboratorio conferiti al FSE rispetto al totale prodotto			>50%	Utilizzo integrazione LIS aziendali con Sitema Regionale SIST	Sistemi Informativi Aziendali - Amministrazione Digitale - Laboratori di analisi
Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	% Prenotazioni online sul totale			> 20%	Incremento % prenotazioni online	Servizio Comunicazione - Amministrazione digitale - CUP - URP
Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	% Ricette prescritte in modalità dematerializzata da medici specialisti			>80%	Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	Specialisti prescrittori - Distretti - PP.OO.
	% Ricette specialistiche prescritte in modalità dematerializzata prese in carico ed erogate con i servizi telematici (erogatori privati compresi)			>95%	Incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici	Strutture eroganti - CUP aziendale - Sistemi informativi - Amministrazione digitale
Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi (DGR 2198/2016) - Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali (L.R. 4/2003, art. 32, c. 2) (DGR 2595/2014)	Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi			Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010	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	Coinvolge tutte le UU.OO. e Servizi aziendali nel rispetto dei tempi di predisposizione ed invio - RIP Edotto
Macro-area obiettivo: ASPETTI ECONOMICO-FINANZIARI ED EFFICIENZA OPERATIVA						
Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale. (DGR 2595/2014)	Invio CE trimestrale			SI	Rendicontazione trimestrale	AGREF
Garanzia dell'equilibrio economico -finanziario della gestione (Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005, art. 6, c. 2) (DGR 2595/2014)	Equilibrio economico - finanziario			SI	Rispetto condizioni di equilibrio economico - finanziario	Tutti i Centri di Spesa e le UU.OO.
Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato e rispetto delle disposizioni regionali in materia di programmazione delle acquisizioni di lavori, beni e servizi con ricorso al soggetto aggregatore. (DGR 2595/2014)	Qualitativo SI / NO			SI	Rispetto delle disposizioni regionali ed aziendali in materia di acquisti di lavori, beni e servizi	AGPAT - AGTEC - DAPO - Direzioni Distretti
Utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati. (DGR 162/2016)	Qualitativo SI / NO			SI	Corretta alimentazione dei sub sistemi informativi gestionali	Aree di Gestione - Farmacie - DAPO - Distretti - Controllo di Gestione

**Dagli obiettivi strategici di cui alle DGR 2198/2016, DGR 2595/2014, DGR 162/2016 agli obiettivi operativi**

OBIETTIVO STRATEGICO	INDICATORE SU OBIETTIVO STRATEGICO	GRIGLIA L.E.A.	PATTO PER LA SALUTE	TARGET	PROPOSTA OBIETTIVI OPERATIVI	
				2017	Obiettivi	Strutture coinvolte
Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente. (DGR 162/2016)	Qualitativo SI / NO			SI	Programmazione e monitoraggio della spesa per il personale nel rispetto dei limiti fissati dalla normativa vigente	Area Gestione del Personale - Direzioni Macrostrutture aziendali
Efficienza operativa ASL	Scostamento tra costi e ricavi [Legge di Stabilità 208/2015] (Ind. MES F1.4)			/	Contenimento costi operativi ospedali a gestione diretta	UU.OO. ospedaliere - Direzioni mediche e amm.ve PP.OO. - Aree di Gestione
Tempi di Pagamento dei fornitori	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014				Riduzione tempi di pagamento fornitori	Centri di spesa - Area Risorse Finanziarie
Costo assistenza ospedaliera	Costo medio per punto DRG (Ind. MES F18.1)			VALORE 2015 - 20%	Contenimento costi operativi di gestione	UU.OO. ospedaliere - Direzioni mediche e amm.ve PP.OO. - Aree di Gestione
					Contenimento N° e Costo esami di Radiodiagnostica e Laboratorio per degenti	UU.OO. Richiedenti
Accordi contrattuali con le strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate (strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ed in regime ambulatoriale; RSA; RSSA) (DGR 2198/2016) - Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate (L.R. 32/2001, art. 11) (DGR 2595/2014)	Sottoscrizione accordi contrattuali entro il termine definito dalla Regione ed in conformità allo schema-tipo approvato dalla Giunta Regionale per ciascuna tipologia di struttura.			Sottoscrizione accordi secondo lo schema-tipo di riferimento entro il 31/3/2017 (per RSA ed RSSA a scadenza contratto)	Rispetto termini per sottoscrizione Accordi contrattuali con strutture sanitarie e socio-sanitarie private accreditate	U.O. Convenzioni - Area Sociosanitaria - Distretti - Dip. di Riabilitazione - DSM - Dip. Dip. Pat.
	Rispetto dei criteri di ripartizione delle risorse (correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato) fissati dalla Giunta Regionale con le DD.GG.RR. n. 1494/2009, n. 2671/2009, n. 1500/2010 e n. 981/2016 (SI/NO).			SI	Rispetto criteri di ripartizione delle risorse stabiliti dalla Direzione Aziendale in ottemperanza agli indirizzi regionali	U.O. Convenzioni - Area Sociosanitaria - Distretti - Dip. di Riabilitazione - DSM - Dip. Dip. Pat.
<b>Macro-area obiettivo: LEGALITA', TRASPARENZA E FORMAZIONE</b>						
Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione (D. Lgs 502/92 e s.m.e i., art. 3bis, c. 7) (DGR 2595/2014)	Qualitativo SI / NO			SI	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento e imparzialità dell'amministrazione	Tutte le Strutture e UU.OO. aziendali
Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Qualitativo SI / NO			SI	Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (PTPC) aziendale	Tutte le Strutture e UU.OO. aziendali
Adozione e rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Qualitativo SI / NO			SI	Rispetto delle misure previste nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) aziendale	Tutte le Strutture e UU.OO. aziendali
Formazione e aggiornamento professionale personale dipendente	Qualitativo SI / NO			SI	Presentazione, realizzazione e gestione del dossier formativo di U.O.	Tutte le Strutture e UU.OO. aziendali

## IL DIRETTORE GENERALE

Vista la relazione istruttoria e la proposta del Direttore dell'U.C. Controllo di Gestione, Dott. Vito Gigante;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

### DELIBERA

- 1) di adottare il Piano della Performance ASL LE 2017 – 2019, parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 2) di dare atto che, ai sensi dell'art. 10, comma 3 del D. Lgs. n. 150/2009, eventuali variazioni durante l'esercizio degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale saranno tempestivamente inserite nel Piano della Performance;
- 3) di pubblicare detto Piano sul sito dell'ASL LE nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente / Performance";
- 4) di trasmettere copia del presente provvedimento all'O.I.V. ed a tutti i Direttori di macrostruttura per l'avvio immediato di un percorso di condivisione e definizione degli obiettivi operativi per l'anno 2017, a partire da quelli proposti nelle schede allegate al medesimo Piano, secondo un cronoprogramma che sarà stabilito dalla Direzione Aziendale.

Il sottoscritto attesta la legittimità e conformità del presente provvedimento alla normativa regionale, nazionale e comunitaria

Il Responsabile dell'istruttoria e della proposta  
Direttore U.O.C. Controllo di Gestione  
Dott. Vito Gigante

F. TA

Il Direttore Amministrativo (Dr. Antonio Pastore)

**FIRMATO**  
*Dott. Antonio PASTORE*

Il Direttore Sanitario (Dr. Antonio Sanguedolce)

**FIRMATO**  
*Dott. Antonio SANGUEDOLCE*

Il Direttore Generale (Dott.ssa Silvana Melli)

**FIRMATO**  
*Dott.ssa Silvana MELLI*

AZIENDA SANITARIA LOCALE  
LECCE

n. \_\_\_\_\_ Reg. pubbl.

La presente Deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio di quest'Azienda e sul Sito Web aziendale [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it) per 15 giorni consecutivi

dal \_\_\_\_\_ - 6 FEB. 2017 al \_\_\_\_\_ 22 FEB. 2017

- 6 FEB. 2017  
Lecce, li \_\_\_\_\_

Il Responsabile dell'Ufficio

**FIRMATO**  
Dott.ssa ~~Luigia~~ **Sonia** Cioffi

La presente Deliberazione è trasmessa al Collegio Sindacale.