



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

## **RELAZIONE SULLA PERFORMANCE**

**– ANNO 2024 –**

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

## Sommario

Sommario.....	2
1) Criteri generali di predisposizione della relazione sulla <i>performance</i> .....	4
2) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli <i>stakeholder</i> esterni.....	4
2.1 Generalità sul territorio servito e sulla popolazione assistita.....	4
2.2 Generalità sulla struttura organizzativa e l'amministrazione.....	8
2.3 Le criticità e le opportunità.....	11
3) Gestione economico – finanziaria.....	13
4) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	17
4.1 Obiettivi strategici.....	18
4.2 L'albero delle <i>performance</i> .....	20
4.3 Obiettivi e piani operativi.....	20
5) Valutazione della <i>performance</i> organizzativa.....	28
5.1 Dipartimento di Prevenzione.....	29
5.2 Dipartimento di Assistenza Territoriale.....	41
5.3 Il governo delle liste di attesa.....	46
5.4 Dipartimento di Salute mentale.....	49
5.5 Dipartimento Dipendenze Patologiche.....	52
5.6 Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione.....	57
5.7 Assistenza Ospedaliera.....	58
- Dipartimento della Rete Ospedaliera.....	63
- Dipartimento Cardiovascolare.....	64
- Dipartimento di Medicina e Specialistiche.....	66
- Dipartimento Nefrodialitico e Urologico.....	68
- Dipartimento Oncoematologico.....	70
- Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche.....	71
- Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico.....	73
- Dipartimento Materno Infantile.....	75
- Dipartimento integrato Emergenza – Urgenza.....	77
- Dipartimento delle Diagnostiche.....	85
- Dipartimento Medicina Immunotrasfusionale.....	87
5.8 Dipartimento del farmaco.....	88
5.9 Strutture Amministrative, Tecnico-Professionali ed Uffici di <i>staff</i> .....	95
- Dipartimento Amministrazione, Finanza e Controllo.....	95
- Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio.....	101



- Uffici di <i>staff</i> della Direzione Strategica .....	108
6) Misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.....	114
7) Formazione del personale .....	115
8) La valutazione partecipativa .....	115
9) Valutazione della <i>performance</i> individuale .....	126
10) Il processo di redazione della relazione sulla <i>performance</i> .....	130

## 1) Criteri generali di predisposizione della relazione sulla performance

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

La presente Relazione conclude il ciclo di gestione della performance avviato con la redazione del Piano della performance 2024 – 2026, sezione 3.2 del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024 – 2026, adottato con D.G. n. 87 del 31.01.2024, un documento programmatico triennale, che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, assegnati alle diverse strutture aziendali compatibilmente con le risorse disponibili.

Nella stesura della presente relazione si è cercato di privilegiare la consultazione da parte dei cittadini redigendo un documento di facile lettura con l'indicazione sintetica del contesto socio demografico di riferimento, delle linee programmatiche perseguite dall'ASL di Lecce per far fronte ai bisogni di salute della popolazione servita e dei risultati raggiunti nell'anno 2024.

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

### 2.1 Generalità sul territorio servito e sulla popolazione assistita

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

La ASL LE opera su un territorio di 2.799,07 Km<sup>2</sup>, coincidente con la provincia di Lecce, su cui risiedono complessivamente 767.231 abitanti (fonte ISTAT al 01.01.2024), di cui 369.602 maschi e 397.629 femmine, distribuiti in 96 comuni a loro volta suddivisi in 10 Distretti Socio Sanitari, come di seguito dettagliato:

Distretto	MASCHI	FEMMINE
Distretto di Lecce	84.541	91.387
Distretto di Campi S.na	39.632	42.695
Distretto di Nardò	43.734	46.624
Distretto di Martano	22.185	23.788
Distretto di Galatina	27.435	29.436
Distretto di Maglie	25.097	26.944
Distretto di Poggiardo	20.236	22.197
Distretto di Gallipoli	34.115	36.521
Distretto di Casarano	33.137	35.784
Distretto di Gagliano	39.490	42.253
<b>Totale</b>	<b>369.602</b>	<b>397.629</b>

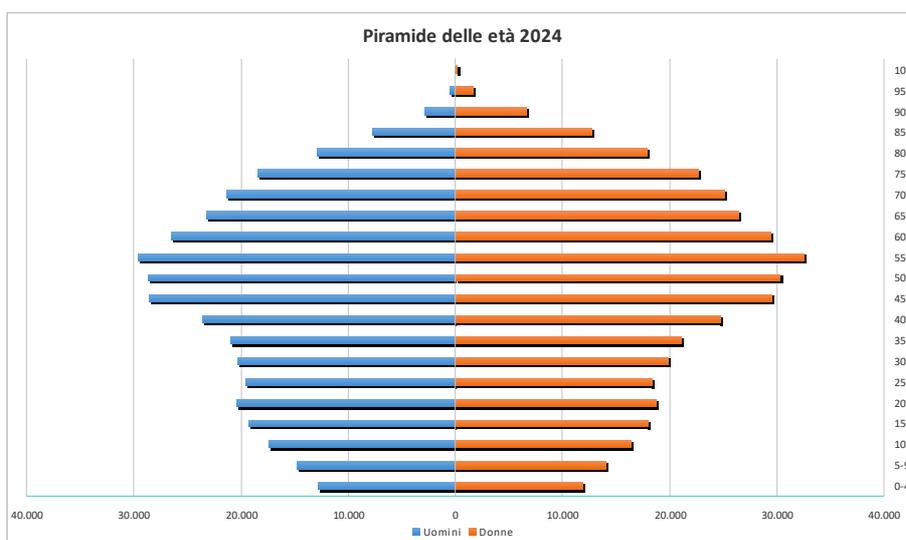
La distribuzione della popolazione per distretto e fasce di età al 01.01.2024 è riportata nella tabella seguente:

Distretto	Numero Comuni	Totale popolazione (01.01.2024)	> 64anni	< 15 anni	Indice di vecchiaia (incidenza popolazione anziana sui giovani)	Indice di invecchiamento (incidenza anziani sul totale della popolazione)
D.S.S. LECCE	10	175.928	42.693	20.955	203,74%	24,27%
D.S.S. CAMPI S.NA	8	82.327	22.560	9.042	249,50%	27,40%
D.S.S. NARDO'	6	90.358	22.504	10.837	207,66%	24,91%
D.S.S. MARTANO	10	45.973	12.892	4.899	263,16%	28,04%
D.S.S. GALATINA	6	56.871	15.376	6.344	242,37%	27,04%
D.S.S. MAGLIE	12	52.041	14.446	5.436	265,75%	27,76%
D.S.S. POGGIARDO	15	42.433	12.392	4.343	285,33%	29,20%
D.S.S. GALLIPOLI	8	70.636	18.198	8.098	224,72%	25,76%
D.S.S. CASARANO	7	68.921	17.294	8.213	210,57%	25,09%
D.S.S. GAGLIANO	14	81.743	21.864	8.976	243,58%	26,75%
<b>Totale complessivo</b>	<b>96</b>	<b>767.231</b>	<b>200.219</b>	<b>87.143</b>	<b>229,76%</b>	<b>26,10%</b>

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

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente al 01.01.2024 ha registrato un decremento di n. 2.847 unità, l'indice di vecchiaia (incidenza % della popolazione anziana sui giovani) continua a crescere, confermando per Lecce il maggior valore dell'intera regione, con un incremento, rispetto al 2023, dello 0,94% della popolazione anziana (> 64 anni) pari a n. 1.861 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (< 15 anni) di n. 1.881 unità (- 2,1% rispetto al 2023). L'incidenza della popolazione anziana (> 64 anni) sulla popolazione giovane (< 15 anni) è più del doppio, raggiungendo il valore di 229,76%.

Di seguito è riportata la struttura demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce al 01.01.2024 distinta per sesso e classi di età (intervalli di 5 anni) da cui si può rilevare la tendenza verso un progressivo decremento della popolazione.



Di seguito si riportano alcuni indici demografici della popolazione della Provincia di Lecce, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT.

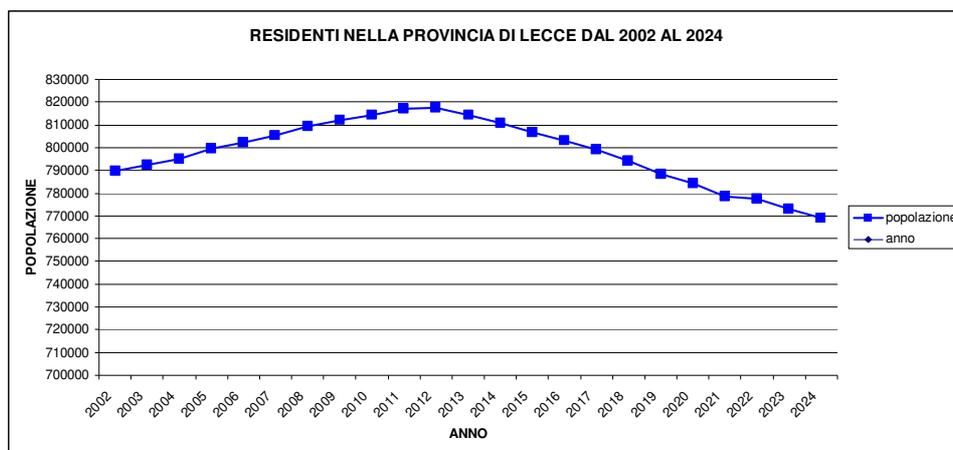
Indicatori	Periodo					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024 *
Tasso di natalità (per 1.000 abitanti)	6,5	6,2	6,3	6,3	6	5,9
Tasso di mortalità (per 1.000 abitanti)	10,5	11,4	12,3	12,7	12,3	12
Crescita naturale (per 1.000 abitanti)	-4,0	-5,2	-6,0	-6,4	-6,2	-6,1
Tasso di nuzialità (per 1.000 abitanti)	3,6	1,6	3,8	3,6	3,5	3,1
Saldo migratorio interno (per 1.000 abitanti)	-2,0	-0,6	-0,5	-2,0	-1,7	-0,6
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 abitanti)	0,9	1	2,4	2,7	2,3	2,2
Saldo migratorio per altro motivo (per 1.000 abitanti)	-0,3	-2,8	2,9	-	-	-
Saldo migratorio totale (per 1.000 abitanti)	-1,4	-2,4	4,8	0,7	0,6	1,6
Tasso di crescita totale (per 1.000 abitanti)	-5,4	-7,6	-1,2	-5,3	-5,2	-4,5
Tasso di fecondità totale (per 1.000 abitanti)	1,14	1,12	1,15	1,18	1,13	1,13
Età media della madre al parto	32,4	32,5	32,7	32,6	32,9	33
Età media dei padri alla nascita del figlio	35,9	35,8	36,0	35,9	36,3	N.D.
Speranza di vita alla nascita - totale	-	83,2	82,8	82,7	83,0	83,2
Speranza di vita a 65 anni - totale	-	21,0	20,6	20,7	20,9	21,1

\* stima

Nella tabella che segue, inoltre, sono riportati i dati relativi all'evoluzione demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce, nel periodo 2004 – 2024. Un dato rilevante ai fini della programmazione delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari è connesso all'incremento della popolazione > 65 anni, che nel periodo in esame è aumentata di n. 1.861 ab. rispetto all'anno 2023, di n. 21.371 ab. rispetto all'anno 2014 e di n. 54.237 ab. rispetto all'anno 2004, a fronte di una rispettiva diminuzione, nella fascia di età 0-14, di n. 1.881 ab. rispetto all'anno 2023, di n. 20.907 ab. rispetto all'anno 2014 e di n. 33.186 ab. rispetto all'anno 2004.

Classi Età	2004		2014		2024	
	Residenti anno 2004	%	Residenti anno 2014	%	Residenti anno 2024	%
0-14	120.329	15,17%	108.050	13,36%	87.143	11,36%
15-64	526.732	66,42%	521.704	64,52%	479.869	62,55%
65-74	82.681	10,43%	90.001	11,13%	96.106	12,53%
> 75	63.301	7,98%	88.847	10,99%	104.113	13,57%
	<b>793.043</b>		<b>808.602</b>		<b>767.231</b>	

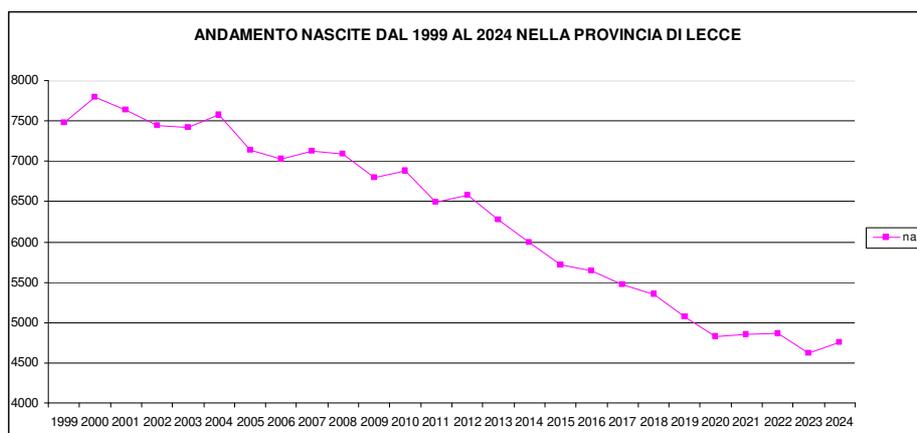
L'andamento della popolazione si evince anche dal grafico seguente, che evidenzia il *trend* della popolazione negli ultimi 23 anni, anno per anno (Fonte: ISTAT).



Dalla tabella recante i residenti negli anni 2004 – 2014 – 2024, per fasce d'età, e dal suddetto grafico recante l'andamento della popolazione della provincia di Lecce dal 2002, si evidenzia dapprima un progressivo aumento della popolazione sino all'anno 2012, seguito da un decremento

dall'anno 2013. I motivi di questi cambiamenti demografici sono dovuti negli anni di crescita della popolazione a fenomeni immigratori e ad un aumento della natalità, prevalentemente a carico della popolazione straniera, mentre la progressiva riduzione appare strettamente correlata al fenomeno migratorio che interessa in particolar modo i giovani in cerca di un'occupazione lavorativa e ad una contestuale riduzione della natalità, accompagnata da un aumento della popolazione anziana. Infatti, dall'analisi dei dati sopra rappresentati, si conferma il *trend* nazionale che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in sistematico aumento.

Nel grafico seguente si riporta il *trend* di nascite nella provincia di Lecce dall'anno 1999 all'anno 2024 (fonte ISTAT). Si rileva una forte riduzione del numero di nati, che ha avuto il picco nell'anno 2000, per poi raggiungere il valore minimo nell'anno 2023 ed incrementare di n. 125 unità nell'anno 2024.



Nel 2024, per la provincia di Lecce si rilevano i seguenti dati di nascite (fonte ISTAT):

Popolazione residente		Incidenza %	Popolazione straniera residente		Incidenza %
Maschi residenti	2.320	51,36%	Maschi stranieri residenti	123	53,25%
Femmine residenti	2.197	48,64%	Femmine straniere residenti	108	46,75%
<b>Totale residenti</b>	<b>4.517</b>	<b>100,00%</b>	<b>Totale stranieri residenti</b>	<b>231</b>	<b>100,00%</b>

Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dalla ASL di Lecce e devono essere il principio ispiratore di tutte le decisioni strategiche aziendali, determinando un costante e progressivo adeguamento della struttura dell'offerta sanitaria, orientando le risorse disponibili al potenziamento delle prestazioni legate alla cura della cronicità e della non autosufficienza.

Il progressivo invecchiamento della popolazione comporta una costante crescita della domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie legate alla cronicità e alla non – autosufficienza. Gli studi di settore hanno evidenziato, infatti, come a fronte del 40% d'incidenza della popolazione cronica corrisponda l'80% del consumo di risorse sanitarie.

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

L'analisi socio-sanitaria sullo stato di salute della popolazione, riportata nel "*Documento Programmatico Missione 6 PNRR "Salute"*", Allegato 1 della D.G.R. 11 maggio 2022, n. 688, "*Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022*", evidenzia che in Puglia la percentuale di soggetti con almeno una cronicità si attesta

al 14,5% nella fascia 18-64 anni, mentre raggiunge il 66,3% nella fascia degli ultra 64enni, tra questi ultimi, le patologie croniche più frequenti riferite sono le cardiopatie (34%), il diabete (25%), le patologie respiratorie croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%) e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%).

Il potenziamento dei servizi territoriali previsti in attuazione delle misure contenute nel PNRR completa la profonda trasformazione della struttura dell'offerta di servizi sanitari e sociosanitari, già avviata con il Piano di Rientro e di Riqualificazione dell'Assistenza (L.R. n. 2/2011) e proseguita con i successivi Programmi Operativi ed i Piani di Riordino della rete ospedaliera in attuazione del Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70, "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*".

Il processo di deospedalizzazione dell'assistenza è stato costantemente accompagnato dal potenziamento dell'assistenza territoriale con la prevenzione e la presa in carico precoce e proattiva della cronicità, nonché con l'attuazione delle misure previste nel Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77, "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*".

## **2.2 Generalità sulla struttura organizzativa e l'amministrazione**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Prevenzione: Dipartimento di Prevenzione;
- Assistenza Territoriale: n. 10 distretti socio-sanitari, i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Medicina Fisica e Riabilitazione;
- Assistenza Ospedaliera: n. 6 Presidi Ospedalieri a gestione diretta.

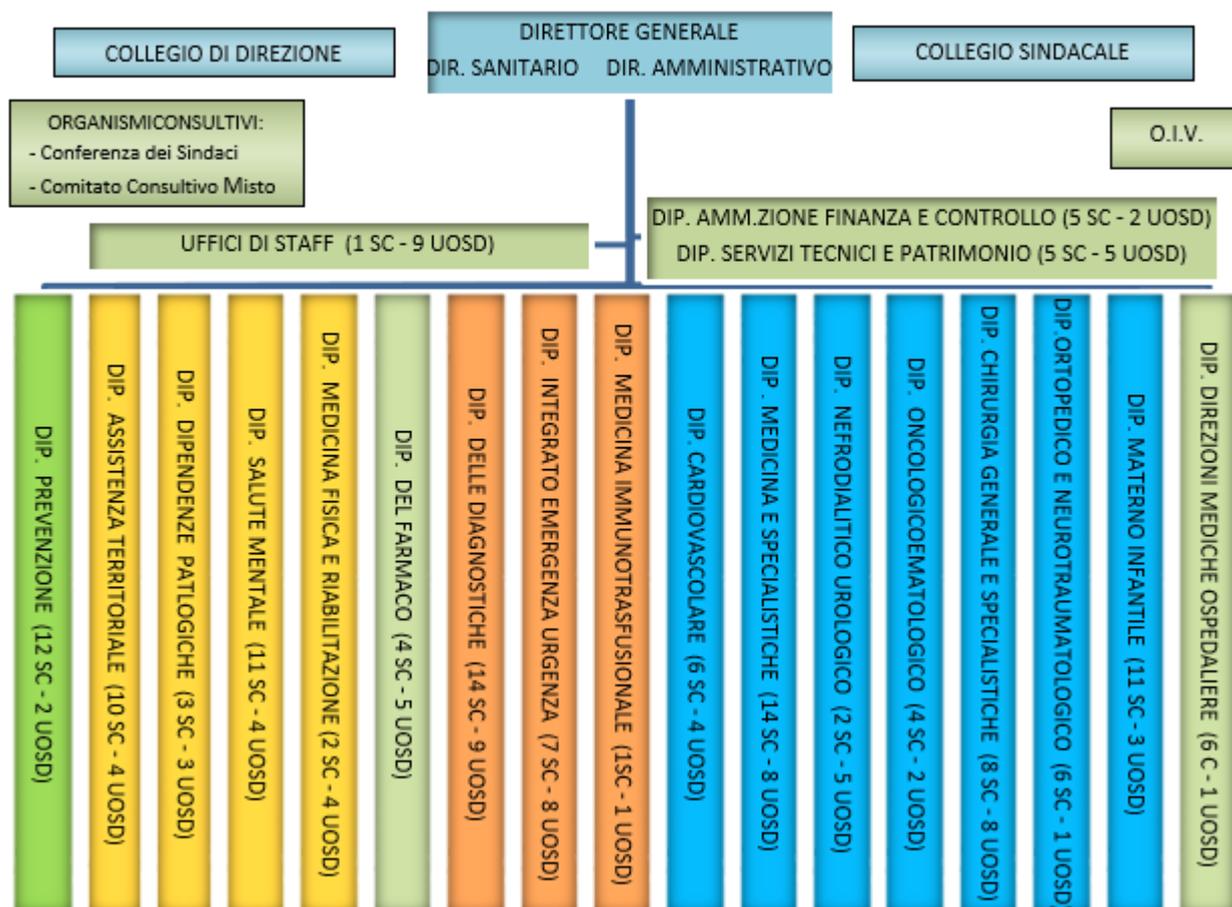
La mappa evidenzia l'articolazione del territorio in distretti socio-sanitari e la dislocazione delle strutture ospedaliere a gestione diretta e dell'ente ecclesiastico "Cardinal Panico" di Tricase.



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

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

ORGANIGRAMMA – ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE ASL LECCE



Dipartimenti (19 DIP) - Strutture Complesse (132 SC) - Unità Operative Semplici Dipartimentali (88 UOSD)

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

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

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

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

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

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

Sulla base dell'organizzazione dipartimentale sopra esposta, sono stati assegnati, in apposite sessioni di *budget* per dipartimento, gli obiettivi di *performance* 2024 con relativi indicatori e valori *target* attesi.

L'organizzazione dipartimentale adottata dall'Azienda ha consentito di fronteggiare la carenza di risorse a fronte degli assetti organizzativi definiti dalla programmazione regionale. Infatti, i vincoli posti sulla spesa del personale non consentono all'azienda di assicurare la piena funzionalità di tutte le unità operative previste dalla Regione nei sei presidi ospedalieri. In particolare per i dipartimenti chirurgici è stato possibile programmare l'attività sull'intera rete ospedaliera aziendale, differenziando gli interventi per complessità, assicurando la continuità assistenziale e individuando le priorità di intervento rispetto alle liste di attesa.

### **2.3 Le criticità e le opportunità**

La programmazione regionale ed il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale, adottato con D.G.R. n. 134/2022, nonché la D.G.R. n. 1868/2022, con la

quale la Regione Puglia ha approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”, anche in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ribadisce l’importanza di coniugare la riorganizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento delle strutture territoriali in una logica di continuità assistenziale.

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

Al fine di ottemperare a quanto previsto dal D.M. n. 77/2022, l’Azienda ha elaborato un Piano Attuativo, pensando ad una riorganizzazione dei distretti sulla base dei seguenti principi:

- sfruttamento delle sinergie già in essere tra i distretti socio-sanitari, create nel tempo al fine di dare uniformità agli interventi. Tra alcuni di questi distretti, il rapporto funzionale è stato implementato per poter dare al territorio servizi ospedalieri e territoriali sanitari a rete con maglie strette. È il caso dei Distretti di Maglie e Poggiardo, Galatina e Martano;
- necessità di mantenere il più possibile l’attuale organizzazione distrettuale, accorpando se necessario alcuni distretti e limitando il trasferimento dei comuni da un distretto ad un altro per salvaguardare il lavoro già fatto con gli Ambiti Sociali di Zona;
- organizzazione dei servizi centrati sull’“anziano”: se si prende in considerazione la popolazione “pesata” più che la popolazione residente, per l’elevato indice di vecchiaia, possiamo considerare vicini alla popolazione bersaglio di circa 100.000 abitanti, anche quei distretti che hanno una popolazione effettiva di circa 70/80.000 persone;
- un Presidio Ospedaliero come riferimento per ciascun Distretto, anche se Presidio di base, assicurando in questo modo la garanzia dei servizi di prossimità sia territoriali sia ospedalieri completi per livelli crescenti di complessità clinica a partire dalle AFT dei Medici di Medicina Generale.

Alla luce di questi principi è stata assicurata l’integrazione Ospedale – Territorio privilegiando l’interscambio tra le strutture come di seguito riportato:

Distretto	Numero Comuni	Totale popolazione (01/01/2024)	PTA	P.O. di Riferimento
D.S.S. LECCE	10	175.928	PTA San Cesario	P.O. V. Fazzi
D.S.S. CAMPI S.NA	8	82.327	PTA Campi	P.O. V. Fazzi
D.S.S. NARDO'	6	90.358	PTA Nardò	P.O. Copertino
D.S.S. MARTANO	10	45.973		P.O. Galatina
D.S.S. GALATINA	6	56.871		
D.S.S. MAGLIE	12	52.041	PTA Maglie	P.O. Scorrano
D.S.S. POGGIARDO	15	42.433	PTA Poggiardo	
D.S.S. GALLIPOLI	8	70.636	PTA Gallipoli	P.O. Gallipoli
D.S.S. CASARANO	7	68.921		P.O. Casarano
D.S.S. GAGLIANO	14	81.743	PTA Gagliano	A.O. Cardinal Panico di Tricase
<b>Totale complessivo</b>	<b>96</b>	<b>767.231</b>		

Nei Distretti, sulla base del modello organizzativo previsto dal R.R. n. 6/2011 e sulla base dei regolamenti regionali che hanno disciplinato le diverse strutture sanitarie territoriali, grazie ai finanziamenti ricevuti con fondi FESR, sono già stati attivati numerosi servizi.

<b>Servizi e Funzioni</b>
<b>a. Orientamento Assistenziale e Accesso Unico alle Cure con:</b>
Centro Unico Prenotazioni (CUP)
Accesso Unico Facilitato al Sistema dei Servizi Socio Sanitari (PUA)
Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) distrettuale
Centrale Operativa Territoriale (COT)
<b>b. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale con:</b>
Ambulatorio delle Cronicità con Ambulatori dedicati alle Malattie croniche a maggior impatto epidemiologico
Cure domiciliari con Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
Assistenza Farmaceutica Territoriale
Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)
Day service (medico e chirurgico)
Diagnostica Strumentale di Base e Bioimaging
Centro Dialisi Territoriale
Centro Prelievi
Medicina e Pediatria di Famiglia e Continuità Assistenziale con Associazionismo complesso: Centro Polifunzionale Territoriale (CPT), Medicina di Gruppo, Medicina in Rete, Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
<b>c. Assistenza Consultoriale e Materno Infantile con:</b>
Consultorio Familiare
Centro Procreazione Medicalmente Assistita
<b>d. Promozione della Salute e Prevenzione con:</b>
Servizio Vaccinale
Servizi di Medicina Legale e Fiscale
Sportelli Sicurezza Alimentare e Sanità Animale
Servizi Medicina del Lavoro
<b>e. Degenza Territoriale con:</b>
Ospedale di Comunità
Hospice
Residenzialità Socio-sanitaria per non autosufficienti e disabili (RSA e Centri Diurni)
<b>f. Salute Mentale con:</b>
Centro Salute Mentale
Centro Diurno Psichiatrico
Riabilitazione psicosociale residenziale
Centro Territoriale Autismo ed eventuali moduli riabilitativi
Centro Residenziale/Semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare
<b>g. Dipendenze Patologiche con:</b>
Ser.D.
Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)
<b>h. Riabilitazione con:</b>
Centro Riabilitazione Ambulatoriale
Trattamenti Domiciliari
Trattamenti residenziali e semiresidenziali
<b>i. Emergenza Urgenza Territoriale con:</b>
Centrale operativa e Postazioni 118
<b>j. Servizi Amministrativi con:</b>
Scelta e revoca del medico di famiglia
Esenzioni ticket
Rimborsi
Ausili, Presidi e Protesi
Assistenza Integrativa Farmaceutica

A questi si aggiungeranno gli ulteriori interventi, in fase di completamento, previsti dal D.M. n. 77/2022 e dal R.R. n. 13/2023, finanziati con le risorse del PNRR.

### 3) Gestione economico – finanziaria

Con deliberazione D.G. n. 581 del 30.04.2025 è stato adottato il Bilancio Consuntivo al 31.12.2024 che chiude in pareggio.

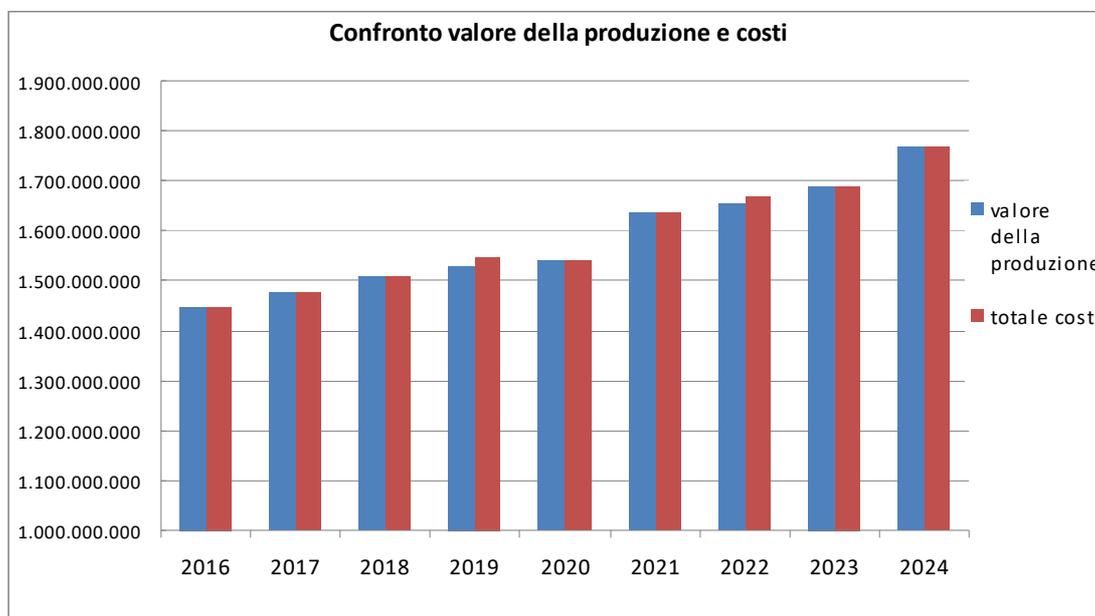
Di seguito si riportano i principali indicatori che evidenziano la gestione economica dell'azienda.

L'analisi comparata della successiva Tabella A evidenzia come la differenza tra Valore e Costo della Produzione, al netto di proventi, oneri, imposte e tasse, registra nel 2024 un risultato positivo pari a € 27.100.683.

<b>Tabella A</b>			
<b>Voci di bilancio</b>	<b>Consuntivo 2023</b>	<b>Consuntivo 2024</b>	<b>Scostamento</b>
Valore della Produzione	1.692.626.661	1.767.122.066	74.495.405
Costo della Produzione	1.671.314.094	1.740.021.383	68.707.289
<b>Differenza tra Valore e Costo della Produzione</b>	<b>21.312.567</b>	<b>27.100.683</b>	<b>5.788.116</b>
Proventi ed oneri finanziari	-516.701	-151.679	365.022
Proventi ed oneri straordinari	10.651.270	5.465.050	-5.186.221
Imposte e tasse	31.427.633	32.414.054	986.421
<b>Utile/(Perdita) d'esercizio</b>	<b>19.503</b>	<b>0</b>	<b>-19.503</b>

L'incremento dei costi di produzione è correlato a dinamiche esogene non governabili tra cui:

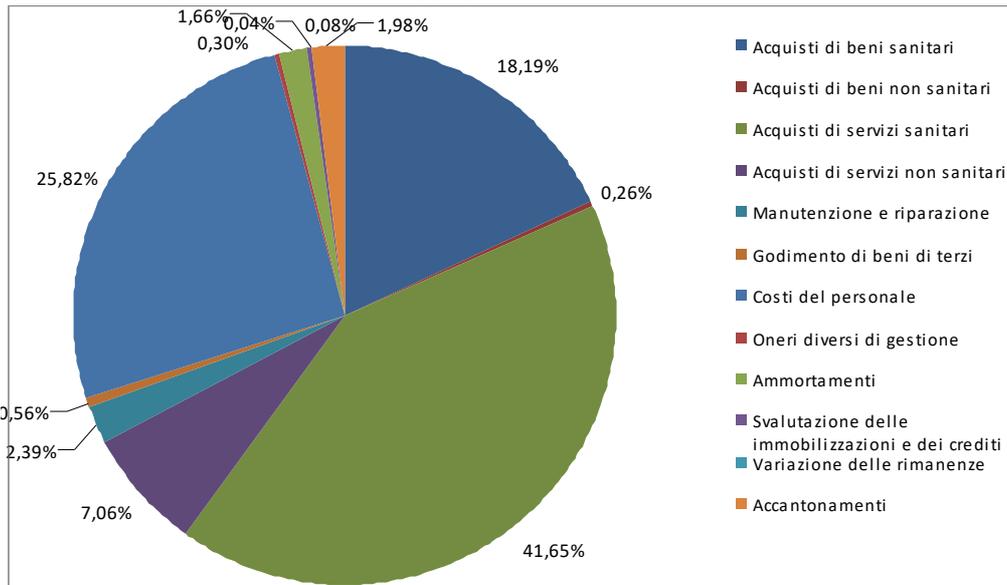
- l'incremento della popolazione anziana correlata alla maggiore domanda di prestazioni e servizi per pazienti cronici e non autosufficienti, nonché della assistenza farmaceutica e protesica;
- l'incremento dei costi energetici e dei costi di produzione dei servizi correlato alle crisi geopolitiche internazionali;
- l'incremento dell'attività ospedaliera e ambulatoriale per l'abbattimento delle liste di attesa;
- la costante innovazione tecnologica e l'immissione nel mercato di nuovi farmaci e dispositivi medici.



Composizione per macro-aggregati dei costi di produzione - anni 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024

macro aggregati costi bilancio	valore_2019	inc.% su tot.costi	valore_2020	inc.% su tot.costi	valore_2021	inc.% su tot.costi	valore_2022	inc.% su tot.costi	valore_2023	inc.% su tot.costi	valore_2024	inc.% su tot.costi
Acquisti di beni sanitari	272.721.612	17,99%	270.267.205	17,76%	293.913.217	18,23%	279.203.870	17,03%	298.458.974	17,56%	316.511.856	18,19%
Acquisti di beni non sanitari	4.878.155	0,32%	4.560.939	0,30%	5.173.681	0,32%	4.599.533	0,28%	4.752.501	0,28%	4.524.267	0,26%
Acquisti di servizi sanitari	655.977.669	43,28%	653.404.884	42,94%	676.521.319	41,95%	667.482.087	40,71%	674.731.017	39,70%	724.650.751	41,65%
Acquisti di servizi non sanitari	93.727.820	6,18%	94.681.868	6,22%	104.121.402	6,46%	125.073.503	7,63%	119.838.176	7,05%	122.866.464	7,06%
Manutenzione e riparazione	36.050.597	2,38%	33.712.603	2,22%	38.045.187	2,36%	40.375.561	2,46%	51.329.103	3,02%	41.657.238	2,39%
Godimento di beni di terzi	5.759.469	0,38%	7.406.421	0,49%	7.834.367	0,49%	9.447.951	0,58%	9.264.344	0,55%	9.703.949	0,56%
Costi del personale	406.561.920	26,82%	419.275.331	27,56%	428.972.390	26,60%	437.382.937	26,68%	441.024.842	25,95%	449.299.443	25,82%
Oneri diversi di gestione	5.516.940	0,36%	6.856.158	0,45%	4.938.109	0,31%	5.162.086	0,31%	3.934.248	0,23%	5.215.469	0,30%
Ammortamenti	18.409.718	1,21%	18.613.622	1,22%	22.030.165	1,37%	25.039.234	1,53%	65.500.727	3,85%	28.902.577	1,66%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	0,00%	-	0,00%	9.327.703	0,58%	914.185	0,06%	4.731.366	0,28%	1.445.675	0,08%
Variazione delle rimanenze	381.276	0,03%	7.589.515	0,50%	11.393.138	0,71%	14.784.649	0,90%	3.372.056	-0,20%	774.733	0,04%
Accantonamenti	15.690.430	1,04%	20.338.846	1,34%	33.196.516	2,06%	30.192.618	1,84%	29.534.610	1,74%	34.468.961	1,98%
<b>totale costi della produzione</b>	<b>1.515.675.606</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.521.528.362,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.612.680.918,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.639.658.214,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.699.727.852,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.740.021.383,83</b>	<b>100,00%</b>

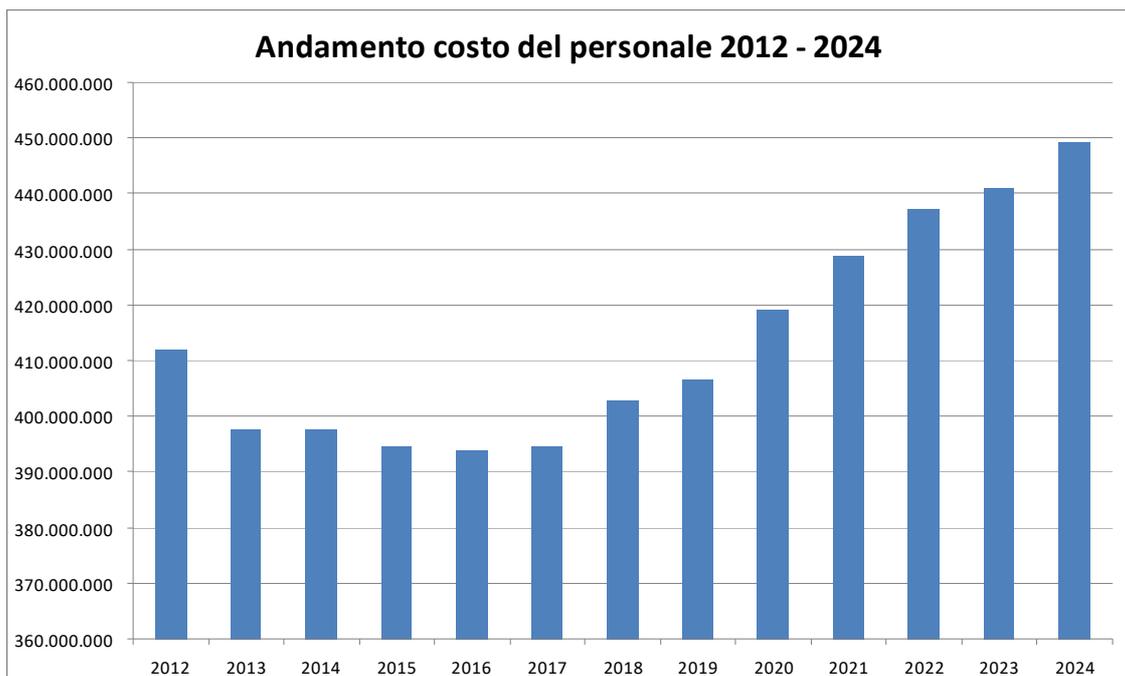
Composizione % macro-aggregati dei costi di bilancio esercizio 2024



ANDAMENTO DEL COSTO DEL PERSONALE NEGLI ULTIMI DODICI ANNI

Costo del personale da bilancio dip.	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
	412.092.146	397.726.126	397.737.687	394.583.462	393.975.468	394.659.664	402.910.736	406.561.920	419.275.331	428.972.390	437.382.937	441.024.842	449.299.443

Andamento costo del personale 2012 - 2024



PERSONALE DIPENDENTE DAL 31.12.2020 AL 31.12.2024 DISTINTO PER RUOLO

RUOLO	AREA CONTRATTUALE	2020		2021		2022		2023		2024	
		n. unità	% su totale								
SANITARIO	DIRIGENZA MEDICA	1.455	17,06%	1.422	16,48%	1.370	16,43%	1.320	15,93%	1.319	15,99%
	DIRIGENZA NON MEDICA	200	2,34%	206	2,39%	223	2,68%	213	2,57%	217	2,63%
	COMPARTO	4.483	52,56%	4.615	53,49%	4.594	55,11%	5.447	65,75%	5.479	66,41%
<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>		<b>6.138</b>	<b>71,97%</b>	<b>6.243</b>	<b>72,36%</b>	<b>6.187</b>	<b>74,22%</b>	<b>6.980</b>	<b>84,26%</b>	<b>7.015</b>	<b>85,03%</b>
PROFESSIONALE	DIRIGENZA	3	0,04%	4	0,05%	7	0,08%	7	0,08%	8	0,10%
	COMPARTO	6	0,07%	6	0,07%	6	0,07%	6	0,07%	6	0,07%
	<b>TOTALE RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>9</b>	<b>0,11%</b>	<b>10</b>	<b>0,12%</b>	<b>13</b>	<b>0,16%</b>	<b>13</b>	<b>0,16%</b>	<b>14</b>	<b>0,17%</b>
TECNICO	DIRIGENZA	9	0,11%	5	0,06%	7	0,08%	7	0,08%	7	0,08%
	COMPARTO	1.816	21,29%	1.840	21,33%	1.529	18,34%	645	7,79%	603	7,31%
	<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>	<b>1.825</b>	<b>21,40%</b>	<b>1.845</b>	<b>21,38%</b>	<b>1.536</b>	<b>18,43%</b>	<b>652</b>	<b>7,87%</b>	<b>610</b>	<b>7,39%</b>
AMMINISTRATIVO	DIRIGENZA	20	0,23%	8	0,09%	17	0,20%	18	0,22%	17	0,21%
	COMPARTO	537	6,30%	522	6,05%	583	6,99%	621	7,50%	594	7,20%
	<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>557</b>	<b>6,53%</b>	<b>530</b>	<b>6,14%</b>	<b>600</b>	<b>7,20%</b>	<b>639</b>	<b>7,71%</b>	<b>611</b>	<b>7,41%</b>
<b>TOTALE PERSONALE DIPENDENTE</b>		<b>8.529</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.628</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.336</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.284</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.250</b>	<b>100,00%</b>

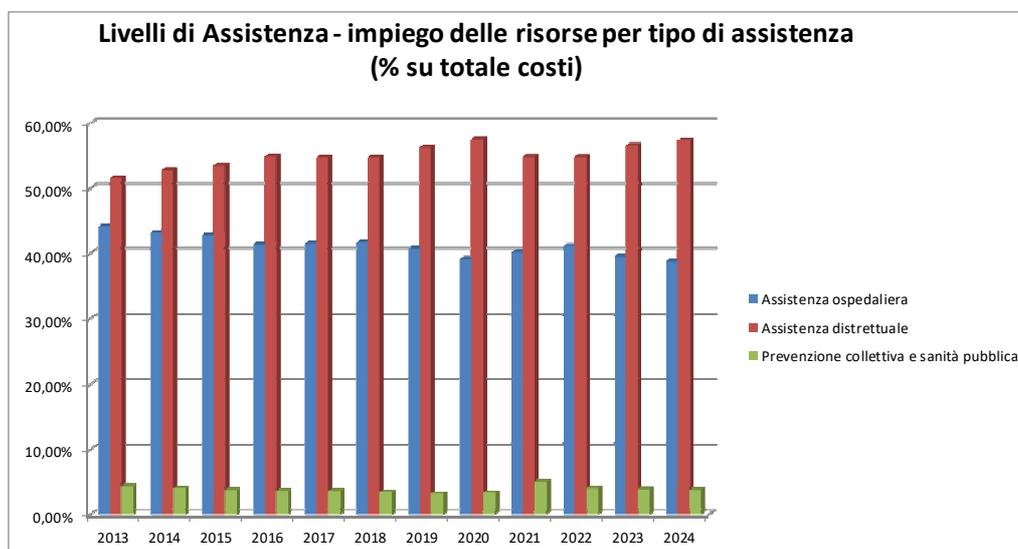
### Allocazione risorse per Livelli Essenziali di Assistenza

Come si evince dalla tabella e dal grafico seguenti, l'andamento dei costi per i Livelli essenziali di Assistenza ha registrato negli ultimi dodici anni un progressivo spostamento dall'assistenza ospedaliera verso l'assistenza territoriale, in linea con gli indirizzi regionali conseguenti al Piano di rientro della Regione Puglia (L.R. 9 febbraio 2011, n. 2) ed ai successivi programmi operativi.

Tale andamento si conferma anche per l'anno 2024 in cui, come rilevato dal Modello di Rilevazione dei Costi dei Livelli di Assistenza (Modello L.A. 2024), l'incidenza dei costi registra, rispettivamente, il 3,85% per la prevenzione, il 57,31% per l'assistenza territoriale e il 38,84% per l'assistenza ospedaliera. Dal confronto dei dati relativi agli anni 2023 - 2024 emerge un incremento complessivo dei costi pari al 4,8% con una maggiore incidenza sul livello di Assistenza Territoriale (+ 6,3% su 2023) rispetto al livello Prevenzione (+ 2,6% su 2023) e al livello di Assistenza Ospedaliera (+ 2,9% su 2023). La diversa allocazione delle risorse deriva dal trasferimento di attività su *setting* assistenziali più appropriati ed in particolare dal regime di ricovero all'attività ambulatoriale e di *day service*.

ANDAMENTO IMPIEGO DELLE RISORSE PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ANNI 2013 - 2024

Liv. Essenziali di Assistenza	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Assistenza ospedaliera	44,21%	43,12%	42,76%	41,42%	41,58%	41,76%	40,67%	39,17%	40,14%	41,13%	39,56%	38,84%
Assistenza distrettuale	51,44%	52,81%	53,41%	54,89%	54,75%	54,79%	56,18%	57,54%	54,86%	54,83%	56,50%	57,31%
Prevenzione collettiva e sanità pubblica	4,35%	4,07%	3,83%	3,69%	3,67%	3,45%	3,15%	3,29%	5,00%	4,04%	3,93%	3,85%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



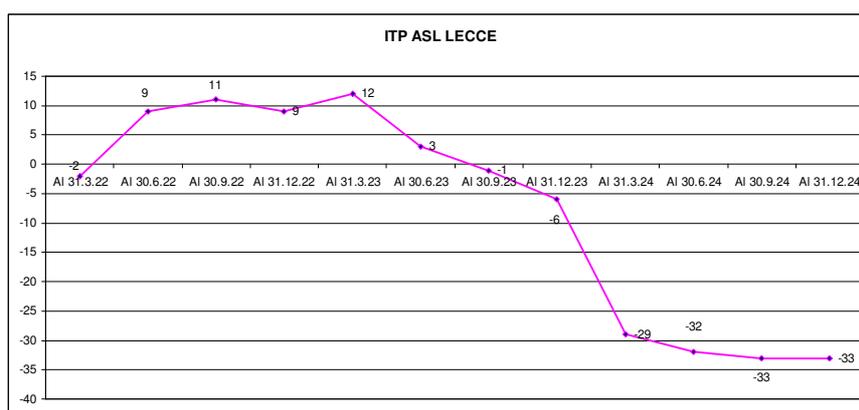
## Il rispetto della tempestività dei pagamenti

In ossequio alle disposizioni di cui al D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni dalla L. 23 giugno 2014, n. 89, la Direzione Strategica, anche in considerazione che il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento costituisce inadempimento regionale in sede di Tavolo di verifica nazionale, ha dato seguito alle misure per garantire la riduzione dei tempi di pagamento relativi a transazioni commerciali, già avviate nel corso dei precedenti esercizi e connesse alla semplificazione delle procedure amministrative.

L'avvio del nuovo sistema ha dato, inoltre, maggior impulso al percorso attuativo di certificabilità del bilancio. Nel 2023 e nel 2024 è proseguita l'implementazione del MOSS con ulteriori interventi organizzativi finalizzati, tra l'altro, alla centralizzazione degli ordini con la creazione di uffici unici aziendali, indispensabili per la gestione delle sub autorizzazione di spesa legate ai contratti di fornitura. Tra gli interventi di razionalizzazione / efficientamento delle procedure già avviate nel corso del 2023 si evidenzia la costituzione dell'Ufficio Unico del Farmaco, indispensabile per assicurare la messa a regime del MOSS anche in attuazione delle disposizioni regionali, di cui alla nota AAOO\_168/PROT/11/10/2023/0006534, che ha integrato e modificato il Manuale delle Procedure amministrativo contabili di cui alla D.G.R. n. 366/2021, integrato successivamente con D.D.G. n. 1422 del 6.12.2024, in ordine alla gestione delle autorizzazioni e delle sub-autorizzazioni di spesa. Attraverso l'Ufficio Unico del Farmaco, infatti, è possibile assicurare in maniera unitaria la gestione informatizzata dei contratti di fornitura di beni sanitari, gli ordini e la liquidazione delle fatture con notevole beneficio sull'ITP.

L'indice della tempestività dei pagamenti dell'ASL di Lecce relativo a transazioni commerciali (acquisto di beni, servizi e forniture) a tutto il 31.12.2024, calcolato con le modalità di cui al DPCM 22 settembre 2014, è risultato pari a -33, in linea con il dato calcolato al 30.09.2024 (- 33) e con un miglioramento rispetto ai dati del 30.06.2024 (pari a -32), del 31.03.2024 (pari a - 29) e del 31.12.2023 (pari a - 6).

Al fine di analizzare l'andamento temporale dell'Indice di Tempestività dei Pagamenti della ASL di Lecce, si riporta il seguente grafico, con il dettaglio dei valori trimestrali dell'ITP dall'anno 2022, da cui si evince un decisivo miglioramento a partire dal 3° trimestre dell'anno 2023 (ITP pari a 12).



## 4) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli obiettivi per l'anno 2024 sono stati definiti nel Piano della Performance per il triennio 2024 - 2026, sezione 3.2 del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024 - 2026, adottato con D.G. n. 87 del 31.01.2024.

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

#### 4.1 Obiettivi strategici

Costituiscono obiettivi strategici aziendali gli obiettivi assegnati al Direttore Generale ASL Lecce dalla regione Puglia con D.G.R. n. 78 del 6 febbraio 2023, “*D. Lgs. 171/2016 - L.R. n. 15/2018. Nomina Direttore Generale dell’ASL LE*”, con D.G.R. 2 agosto 2019, n. 1487, “*Schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 320 del 13/3/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. - Integrazione e nuova approvazione*”, con D.G.R. 13 novembre 2023, n. 1558, “*Definizione e assegnazione degli obiettivi economico – gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023 – 2024*”, in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i seguenti atti di programmazione regionale:

- ✓ Indirizzi regionali sulla prevenzione:
  - D.G.R. 19 marzo 2020, n. 370, “*Piano di Controllo Nazionale Pluriennale 2020-2022. Recepimento Intesa Stato Regioni rep. Atti 16/CSR del 20/02/2020 ed individuazione del Punto di Contatto Regionale*”;
  - D.G.R. n. 2194/2017, come da ultimo integrata e modificata con D.G.R. 19 settembre 2022, n. 1264, “*Piano Coordinato Regionale Pluriennale in materia di sicurezza alimentare 2022-2023 ai sensi del Reg UE 2017/625 – Modifica ed integrazione delle procedure e dei criteri operativi per il controllo ufficiale di cui all’allegato A D.G.R. 2194/2017 e s.m.i.*”;
  - D.G.R. 7 agosto 2020, n. 1332, con cui è stato approvato il Documento Tecnico “*Organizzazione dei programmi di screening oncologici nella Regione Puglia*”;
  - D.G.R. 22 dicembre 2020, n. 2198, Recepimento Intesa Stato Regione “*Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025*” del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR.
- ✓ Indirizzi sui servizi territoriali:
  - D.G.R. 30 ottobre 2018, n. 1935, che approva il “*Modello di gestione del paziente cronico “Puglia Care”. Governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici – Determinazioni*”;
  - D.G.R. 18 aprile 2019, n. 735, “*Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (Triennio 2019/2021) in attuazione delle disposizioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ai sensi dell’Intesa Stato-Regioni del 21/02/2018*”;
  - D.G.R. 6 marzo 2023, n. 262, ad oggetto “*L.R. n. 13/2019 – D.G.R. n. 735/2019 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa – Linee di indirizzo per l’aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa – Approvazione*”;
  - D.G.R. 13 novembre 2023, n. 1568, ad oggetto “*D.G.R. n. 262 del 06/03/2023 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa ai sensi del decreto – legge 29 dicembre 2022 n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14*”;

- D.G.R. 15 febbraio 2022, n. 134, ad oggetto "*Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6*";
  - D.G.R. 11 maggio 2022, n. 688, ad oggetto "*Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022*".
  - D.G.R. 26 maggio 2022, n. 763, ad oggetto "*D.G.R. 688/2022. PNRR Missione 6 “Salute”. Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione*";
  - D.G.R. 19 luglio 2022, n. 1023, ad oggetto "*PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie - Delega attività ai sensi dell'art. 5 del CIS*".
  - D.G.R. 14 dicembre 2022, n. 1868 e D.G.R. 30 novembre 2023, n. 1729, con le quali è stato approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto "*Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022*", emanato con R.R. 19 dicembre 2023, n. 13.
- ✓ Indirizzi sul riordino della rete ospedaliera:
- R.R. 22 novembre 2019, n. 23, approvazione Piano di "*Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017*";
  - R.R. 20 agosto 2020, n. 14, approvazione Piano di "*Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019*";
  - D.G.R. 3 luglio 2023, n. 919, con la quale la Regione Puglia, in attuazione della D.G.R. n. 412/2023, ha approvato lo schema di Regolamento recante "*Modifica del Regolamento regionale n.14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015. Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018*";
  - D.G.R. 31 luglio 2023, n. 1119, "*Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020”. Modifica DGR n. 919 del 03/07/2023 Allegato A – Distribuzione posti letto autorizzati all’esercizio*";
  - D.G.R. 3 ottobre 2024. n. 1384, "*Approvazione definitiva Regolamento Regionale “Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto “Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020””. Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2023*";
  - R.R. 31 ottobre 2024, n. 8, "*Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020*".
- ✓ Indirizzi sulla pianificazione delle risorse:
- Indirizzi regionali per la predisposizione del bilancio economico previsionale annuale e pluriennale;
  - Indirizzi regionali per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale;
  - D.G.R. 6 aprile 2021, n. 559, "*Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica - Fondo di remunerazione per l'assistenza protesica. Tetti di spesa anno 2021*";

- D.G.R. del 24 aprile 2024, n. 499, “*Determinazione obiettivi di contenimento assegnati dalla Giunta regionale ai sensi della L.R. 7/2022 e s.m.i. sulla spesa farmaceutica convenzionata per singola Azienda Sanitaria Locale per l’anno 2024*”;
- D.G.R. del 17 giugno 2024, “*Determinazione Tetti di spesa, di cui all’art. 1, co. 398, L. 232/2016 e Obiettivi di contenimento, ai sensi della L.R. 7/2022, sulla spesa farmaceutica per acquisto diretto di farmaci e gas medicali per singola Azienda Pubblica del S.S.R., per l’anno 2024*”.

## 4.2 L’albero delle performance

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

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

## 4.3 Obiettivi e piani operativi

Contestualmente all’adozione del bilancio di previsione 2024, la Direzione Generale ha definito, sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, le linee guida per il *budget* anno 2024, assegnando gli obiettivi operativi di *performance* prioritari per l’anno 2024, ripresi nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (P.I.A.O.) 2024 – 2026 adottato con deliberazione D.G. n. 87 del 31.01.2024.

### Obiettivi operativi comuni a tutte le Strutture

- Garantire l’equilibrio economico-finanziario della gestione assicurando la definizione dei fabbisogni di risorse e il contenimento dei costi nel rispetto delle condizioni di equilibrio (*budget*) stabilite dalla direzione generale.
- Assicurare la corretta implementazione e l’utilizzo completo del sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) per le parti di competenza.
- Garantire il rispetto dei tempi stabiliti dalla nota D.G. prot. n. 169529/2022 per il pagamento delle fatture passive (registrazione fatture – liquidazione – emissione mandati di pagamento) e monitoraggio dell’ITP.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento dei dati nei sistemi informativi gestionali e, ove previsto, in EDOTTO, nonché la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.
- Assicurare la diffusione e l’utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, dei servizi on – line sul portale regionale della salute, e la diffusione della corretta gestione della ricetta dematerializzata.

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

## **Obiettivi operativi assegnati alla Prevenzione**

### **Dipartimento di Prevenzione**

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

- Attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel vigente Piano Regionale della Prevenzione.
- Attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel vigente Piano di Controllo Regionale Pluriennale in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, con particolare riferimento al sistema di indicatori previsti dalla D.G.R. n. 1558/2023.
- Potenziare la copertura vaccinale, con particolare riferimento al sistema di indicatori previsti dalla D.G.R. n. 1558/2023.
- Promuovere stili di vita sani, anche al fine di prevenire e sorvegliare le malattie croniche, con particolare riferimento al sistema di indicatori previsti dalla D.G.R. n. 1558/2023.
- Assicurare adempimenti LEA - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali, con particolare riferimento al sistema di indicatori previsti dalla D.G.R. n. 1558/2023.

### **Screening oncologici**

Per l'anno 2024 si conferma il quadro degli obiettivi previsti dal piano regionale della Prevenzione per le attività di *screening* oncologici che ha dato mandato a ciascuna Azienda Sanitaria Locale di garantire, per ciascuno dei tre *screening* attualmente attivi, il rafforzamento delle strutture deputate al coordinamento, alla organizzazione e governo dello *screening* e di quelle deputate all'erogazione delle prestazioni di primo, secondo e terzo livello. Permangono, pertanto, gli obiettivi di potenziamento degli *screening* oncologici, con particolare riferimento al sistema di indicatori di estensione e adesione previsti dalla D.G.R. n. 1558/2023.

## **Obiettivi operativi assegnati alle Strutture Territoriali**

### Distretti socio-sanitari

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

- Predisporre la pianificazione delle attività (volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Implementare le misure previste nel piano aziendale per il governo delle liste di attesa adottato in attuazione delle D.G.R. n. 735/2019, n. 262/2023 e n. 1568/2023.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (visite ambulatoriali, esami strumentali diagnostici e/o operativi, *day service*) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.

- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche in attuazione della programmazione aziendale anche ai fini dell'abbattimento delle liste di attesa e del contenimento dei ricoveri inappropriati.
- Potenziare le cure domiciliari nel rispetto dei valori soglia definiti nel Nuovo Sistema di Garanzia e dalla D.G.R. n. 1558/2023.
- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologia oncologica assistiti dalla rete di cure palliative domiciliare e in *hospice*, nel rispetto degli indicatori previsti dalla D.G.R. 1558/2023.
- Sviluppare la presa in carico dei pazienti non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale, nel rispetto degli indicatori previsti dalla D.G.R. 1558/2023.
- Assicurare la massima collaborazione con le aree centrali nella realizzazione degli interventi previsti e finanziati con il PNRR.
- Attuare gli interventi previsti per il percorso nascita.
- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di *screening* cervico-uterino e mammografico.
- Attuare le misure aziendali e regionali previste per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.
- Contenere il consumo DDD di farmaci sentinella/antibiotici su popolazione residente.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.
- Assicurare gli interventi necessari per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni, delle autorizzazioni e per i controlli sulla corretta erogazione degli ausili protesici, ai fini del contenimento della spesa per assistenza protesica nel rispetto dei vincoli stabiliti dalla Regione.
- Incrementare le prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.
- Incrementare la presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata.

### Dipartimento di Salute mentale

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

- Predisporre la pianificazione delle attività (volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Assicurare la presa in carico dei pazienti psichiatrici.
- Assicurare la presa in carico dei pazienti afferenti alla neuropsichiatria infantile.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in attuazione della programmazione aziendale per il governo delle liste di attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne.
- Contenere il numero di TSO ai residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione di minori per patologie psichiatriche.
- Contenere i ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.

- Migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle strutture residenziali e diurne a gestione diretta.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture residenziali e diurne pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale nel rispetto degli accordi contrattuali sottoscritti.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali

### Dipartimento Dipendenze Patologiche

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

- Predisporre la pianificazione delle attività (volumi e tipologia di prestazioni), assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Migliorare la capacità attrattiva dei servizi.
- Migliorare l'appropriatezza dell'offerta e della presa in carico in funzione dei bisogni assistenziali emergenti.
- Verificare l'efficacia dei piani terapeutici residenziali.
- Implementare *screening* delle patologie infettive correlate.
- Assicurare attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche mediante la predisposizione e realizzazione di specifici progetti.
- Assicurare la collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per l'inserimento sociale.
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio aziendale nel rispetto degli accordi contrattuali sottoscritti.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

### Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione

Di seguito si riportano gli obiettivi specifici assegnati alle strutture del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione:

- Predisporre la pianificazione delle attività (volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Assicurare la presa in carico dei pazienti in riabilitazione ambulatoriale.
- Potenziare le cure riabilitative domiciliari in raccordo con i Distretti Sociosanitari.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in attuazione della programmazione aziendale per il governo delle liste di attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali.
- Migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- Migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto di riabilitazione ospedaliera in dotazione.

- Contenere la degenza media su standard definiti per tipologia di trattamento (riabilitazione fisica, neurologica, pneumologica, cardiologica).
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni riabilitative erogate dalle strutture private accreditate nel rispetto degli accordi contrattuali sottoscritti.
- Assicurare gli interventi necessari per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni, delle autorizzazioni e per i controlli sulla corretta erogazione degli ausili protesici, ai fini del contenimento della spesa per assistenza protesica nel rispetto dei vincoli stabiliti dalla Regione.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

### **Obiettivi operativi assegnati alle strutture ospedaliere**

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

- Predisporre la pianificazione delle attività ambulatoriali e di ricovero (volumi e tipologia di prestazioni), assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale e al governo dei tempi di attesa.
- Migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- Implementare le misure previste nel piano aziendale per il governo delle liste di attesa adottato in attuazione delle DD.GG.RR. n. 735/2019, n. 262/2023 e n. 1568/2023.
- Assicurare il governo dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero, esami strumentali diagnostici e/o interventistici, diagnostica di laboratorio, *day service* e ambulatoriali, secondo i criteri di priorità previsti nel Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali e regionali.
- Assicurare la massima collaborazione con le Aree centrali nella realizzazione degli interventi previsti e finanziati con il PNRR.
- Contenere la degenza media e i ricoveri oltre soglia, anche mediante il corretto utilizzo degli strumenti disponibili per le Dimissioni Ospedaliere Protette (DOP), nonché il trasferimento in reparti di riabilitazione e lungodegenza.
- Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
- Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente (Cod. H01Z\_D.M. 12/03/2019).
- Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui (Cod. H02Z\_D.M. 12/03/2019).
- Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 50 interventi annui.
- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario (Cod. H04Z\_D.M. 12/03/2019).
- Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici.
- Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico.
- Degenza media preoperatoria.

- Tasso di ospedalizzazione (standardizzato \*100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e per gastroenterite.
- Tasso di ospedalizzazione (standardizzato \*100.000 abitanti) in età adulta ( $\geq 18$  anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco.
- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (Cod. H13C \_D.M. 12/03/2019).
- Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno.
- Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno.
- Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
- Proporzioni di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta.
- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di *screening* primo e secondo livello per mammografico e secondo livello per cervico-uterino e colon retto.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.
- Incrementare le prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.
- Incrementare la presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici.
- Utilizzare e gestire correttamente la Cartella Clinica Elettronica.

### **Obiettivi operativi assegnati alle Strutture del Dipartimento di Medicina Trasfusionale**

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

### **Obiettivi operativi assegnati per l'assistenza farmaceutica**

- Assolvere alle funzioni di governo del processo di assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, collaborando alla definizione di una politica del farmaco interna coerente con gli obiettivi dati dalla Regione Puglia alle Direzioni Generali per il contenimento e la razionalizzazione della spesa di farmaci e dispositivi medici entro i tetti assegnati.

- Promuovere e monitorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci e dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa.
- Assicurare il monitoraggio nell'utilizzo appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici fornendo indicazione alle unità operative ospedaliere e distrettuali utili al contenimento della spesa.
- Assicurare la verifica e controllo della prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da miglior rapporto costo/efficacia, con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica.
- Assicurare la verifica della prescrizione dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo, come registrato nel PTR del sistema Edotto), nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti.
- Assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta.
- Assicurare il monitoraggio continuo attraverso i Cruscotti Edotto sull'andamento della spesa farmaceutica convenzionata al fine di ricondurre la spesa lorda pro capite aziendale al valore di riferimento fissato dalla Regione Puglia.
- Monitoraggio dei prescrittori che risultano disallineati rispetto al dato di spesa medio nazionale, rilevato sui cruscotti Disar di Edotto.
- *Audit* nei confronti dei medici prescrittori con particolare riferimento sia alle branche specialistiche maggiormente interessate nella prescrizione di farmaci ad elevato impatto di spesa per acquisti diretti e per convenzionata, in disallineamento rispetto alla media nazionale.
- Intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione.
- Assicurare il costante aggiornamento delle dispensazioni e delle richieste di rimborso di tutti i farmaci sottoposti a monitoraggio sulla piattaforma AIFA *Web-Based* dei Registri di Monitoraggio.
- Collaborare con le Aree Amministrative (in particolare con l'Area Patrimonio e Risorse Finanziarie) per il funzionamento a regime dell'Ufficio Unico del Farmaco anche al fine della corretta implementazione e gestione del sistema MOSS e delle procedure di approvvigionamento dei beni sanitari.
- Assicurare la regolare funzionalità delle commissioni aziendale/distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva.
- Collaborare con l'Area Patrimonio ed il Controllo di Gestione, assicurando l'apporto specialistico-professionale per l'aggiornamento del *benchmark* dei prezzi di acquisto e per l'espletamento delle procedure centralizzate da parte del Soggetto Aggregatore Regionale, in unione d'acquisto ovvero di eventuali gare aziendali ponte.

### **Obiettivi operativi assegnati alla rete dell'emergenza urgenza 118**

- Predisporre la pianificazione delle attività e della rete emergenza urgenza 118 assicurando l'utilizzo efficiente delle risorse assegnate.
- Riduzione intervallo *target*.
- Miglioramento indici di concordanza.
- Contenimento tempi *dispatch*.
- Riduzione tempi invio - arrivo mezzi di soccorso.
- Miglioramento qualità di processo anche mediante l'introduzione e l'utilizzo di sistemi informativi e/o telematici (*tablet* multifunzione).

- Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

### **Obiettivi operativi assegnati agli Uffici di Staff**

- Assicurare la valutazione epidemiologica della domanda di assistenza sanitaria e dell'offerta di servizi pubblici e privati convenzionati.
- Assicurare la verifica del corretto, completo e tempestivo inserimento dei dati in EDOTTO, nonché la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.
- Assicurare la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni nelle strutture a gestione diretta e in quelle convenzionate accreditate, secondo gli standard stabiliti a livello regionale.
- Assicurare il coordinamento nella pianificazione e nella verifica delle attività connesse al governo delle liste d'attesa per l'attività ambulatoriale e per i ricoveri ospedalieri, secondo i rispettivi criteri di priorità, nonché il monitoraggio dei piani aziendali di recupero e abbattimento tempi di attesa, secondo gli indirizzi regionali definiti anche nella D.G.R. n. 1568/2023.
- Assicurare la gestione del Centro Unico di Prenotazione aziendale (CUP) e il monitoraggio dei tempi di attesa secondo le disposizioni regionali.
- Assicurare la corretta gestione dell'attività libero professionale intramuraria e il monitoraggio delle prestazioni erogate in rapporto all'attività istituzionale.
- Assicurare percorsi per la prevenzione e gestione del rischio clinico e la sicurezza complessiva nei percorsi di assistenza e di cura, elaborando metodi e tecniche utili al contenimento eventi avversi correlati alle attività di prevenzione, cura e assistenza.
- Garantire l'implementazione e il monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali.
- Sviluppare cultura e competenza nella valutazione dei volumi e degli esiti, anche mediante l'utilizzo degli indicatori finalizzati al miglioramento continuo della qualità, appropriatezza ed efficacia della diagnosi e della cura, con il monitoraggio continuo dei risultati raggiunti, per le singole specialità aziendali.
- Assicurare l'apporto tecnico-professionale nei programmi aziendali per l'accreditamento istituzionale per le strutture aziendali o dei singoli servizi.
- Potenziare i servizi per la tutela della salute dei lavoratori, anche mediante la mappatura dei rischi e la rilevazione del benessere organizzativo.
- Migliorare la comunicazione istituzionale con il coinvolgimento degli *stakeholder* esterni e la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, anche attraverso una corretta gestione delle segnalazioni e dei reclami.
- Attuare interventi di valutazione partecipativa delle *performance*, anche con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato.
- Dare piena attuazione alle linee di indirizzo del progetto regionale *Hospitality*.
- Assicurare la redazione e il costante aggiornamento del piano formativo aziendale, per le diverse articolazioni organizzative, e la gestione degli eventi formativi.
- Implementare strumenti di sorveglianza epidemiologica con la produzione di specifici *report* utili nella programmazione delle attività e dei servizi aziendali (Registro Tumori, Sistemi di Sorveglianza di patologia, etc.).
- Assicurare il coordinamento aziendale e il collegamento con la Rete Regionale delle Malattie Rare.
- Monitorare i requisiti organizzativi delle strutture aziendali, con particolare riferimento alle professioni sanitarie e al personale di comparto.

## Obiettivi operativi assegnati alle strutture tecnico - amministrative

- Assicurare costante supporto alla Direzione Generale nella definizione degli indirizzi strategici mediante la predisposizione dei documenti di programmazione e la gestione delle relative procedure:
  - Piani strategici e dei fabbisogni, bilanci di previsione annuali e pluriennali;
  - Piano triennale del fabbisogno di personale con la programmazione e gestione delle procedure di reclutamento;
  - Programma triennale dei lavori pubblici con la programmazione e gestione delle procedure di affidamento ed esecuzione dei lavori;
  - Programma triennale degli acquisti di beni e servizi con la programmazione e gestione delle procedure di gara;
  - Piano pluriennale di acquisizione, aggiornamento e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali;
  - Piano per la transizione alla modalità digitale e dematerializzazione;
  - Piano di sviluppo dei sistemi informativi;
  - Piano delle *performance*.
- Procedere alla razionalizzazione e semplificazione delle procedure amministrative e alla verifica e revisione delle procedure amministrative-contabili per la corretta implementazione del MOSS e per la certificazione dei bilanci.
- Rispettare gli obblighi previsti nei Disciplinari attuativi fondi strutturali (FESR, FSC/POC, PNRR).
- Assicurare la sottoscrizione degli accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale.
- Assicurare il supporto al programma aziendale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o di singoli servizi.
- Monitorare le attività programmate mediante la rendicontazione economica trimestrale, la contabilità analitica, l'andamento del *budget* e dei risultati raggiunti.

### 5) Valutazione della *performance* organizzativa

Per la valutazione della *performance* organizzativa sono state utilizzate le schede di *performance* con gli obiettivi operativi assegnati per l'anno 2024 ai rispettivi centri di responsabilità. La valutazione è stata predisposta dalla Struttura Tecnica Permanente sulla base dei dati disponibili forniti dall'U.O.C. Controllo di Gestione e dalle relazioni prodotte dai Direttori / Responsabili delle strutture aziendali. Per quanto riguarda i volumi di attività e gli obiettivi assegnati alle strutture sanitarie, si è proceduto alla valutazione dei risultati secondo i criteri stabiliti dalla Direzione Strategica Aziendale durante la negoziazione del *budget*.

In attuazione del Regolamento Aziendale, "*Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale*", giusta D.D.G. n. 2183 del 09.12.2014, ancora vigente per la valutazione della *performance* anno 2024, la valutazione della *performance* organizzativa di struttura è stata effettuata tramite la misurazione di ogni singolo indicatore associato allo specifico obiettivo con la seguente metrica:

VALUTAZIONE	VALORE
Obiettivo pienamente raggiunto	9
Obiettivo raggiunto all'interno di un <i>range</i> prestabilito	6
Obiettivo parzialmente raggiunto e <i>performance</i> in via di miglioramento	3
Obiettivo non raggiunto e <i>performance</i> peggiorata	0

Per tutti gli obiettivi definiti nelle schede di *performance* è stato assegnato un peso percentuale specifico. La base di riferimento è pari a 100.

Per ogni singola struttura aziendale la misura della *performance* organizzativa raggiunta, in riferimento agli obiettivi assegnati e dei pesi agli stessi attribuiti, determinerà la percentuale della quota riconosciuta sulla quota di fondo assegnata per la *performance* organizzativa come segue:

TABELLA MISURAZIONE DELLA <i>PERFORMANCE</i> ORGANIZZATIVA			
<b><i>PERFORMANCE ECCELLENTE</i></b>	Percentuale di conseguimento degli obiettivi $\geq 80\%$	Quota assegnata interamente (100%)	Obiettivo pienamente raggiunto
<b><i>PERFORMANCE OTTIMA/BUONA</i></b>	Percentuale di conseguimento degli obiettivi compresa tra 60% e 79%	Quota assegnata pari al 75%	Obiettivo raggiunto e <i>performance</i> migliorata
<b><i>PERFORMANCE SUFFICIENTE</i></b>	Percentuale di conseguimento degli obiettivi compresa tra 30% e 59%	Quota assegnata pari al 50%	Obiettivo parzialmente raggiunto e <i>performance</i> in via di miglioramento
<b><i>PERFORMANCE NEGATIVA</i></b>	Percentuale di conseguimento degli obiettivi $< 30\%$	Quota non assegnata (nessun premio)	Obiettivo non raggiunto e <i>performance</i> peggiorata

### 5.1 Dipartimento di Prevenzione

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

Pur articolandosi in Unità Operative Complesse (UU.OO.CC.), la cui distribuzione è definita in rapporto con le dimensioni e le caratteristiche orografiche del territorio, il Dipartimento di Prevenzione realizza un'integrazione delle attività delle stesse secondo i principi dei processi per obiettivi, della multidisciplinarietà delle azioni e dell'unireferenzialità per l'utenza.

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

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

- a) Igiene e Sanità Pubblica (SISP);
- b) Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPESAL);
- c) Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN);
- d) Sanità animale (SIAV AREA A);

- e) Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B);
- f) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C).

Ai sensi dell'art 1 del citato regolamento, tenendo conto della peculiarità di ciascun territorio, degli insediamenti produttivi del radicamento territoriale dei servizi ed in considerazione della entità numerica della popolazione, delle caratteristiche orografiche del territorio, della viabilità e dei collegamenti il territorio della ASL di Lecce è diviso in 2 aree territoriali: Area Nord e Area Sud.

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

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

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

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

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

#### Attività svolte e coordinate dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione

Il Dirigente del Dipartimento, incaricato quale Coordinatore aziendale dell'ASL Lecce per l'attuazione degli interventi previsti dal livello regionale su base locale del Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025, ha collaborato con gli Uffici Regionali ed ha fornito agli stessi supporto in materia nelle fasi preliminari ed attuative di Programmi Liberi e Predefiniti dello stesso Piano e di ogni altra attività legata al Piano.

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

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

In relazione alle attività di monitoraggio dei LEA di competenza, la Direzione Dipartimentale ha provveduto con apposita riunione a sollecitare i singoli Direttori a tal fine attraverso la

formalizzazione della programmazione e l'individuazione di appositi indicatori per la verifica dell'attuazione delle attività svolte da ciascun Servizio del Dipartimento.

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

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

La Direzione del Dipartimento ha svolto le attività di sportello all'utenza, ripristinato a pieno regime, attraverso la gestione delle istanze e dei reclami inoltrati dai cittadini.

In esecuzione al mandato ricevuto dalla Direzione Strategica, la Direzione, con la collaborazione dei Servizi, ha prodotto bozza di proposta finalizzata alla riorganizzazione delle UU.OO.CC. dipartimentali, attraverso la centralizzazione e integrazione dei Servizi afferenti al Dipartimento, e l'omogeneizzazione degli orari di servizio per le singole aree di afferenza. I lavori sono stati avviati con riunioni del personale delle singole UU.OO.CC. e dipartimentali, per affrontare le grosse difficoltà a garantire nei vari Servizi del Dipartimento l'attività h/12 legate a carenze di organico, in particolare medico, che in alcune circostanze appaiono anche gravi. Inoltre, sempre per lo stesso motivo, sono emerse difficoltà a garantire il livello minimo di prestazioni alla persona in alcune articolazioni operative. Ciò nonostante nel corso del 2023 si è arrivati a compimento di una significativa proposta poi approvata dal Comitato di Direzione in data 07.03.2024 e formalizzata alla Direzione Strategica per gli adempimenti della stessa. Nello stesso anno si sono tenuti alcuni confronti con le Organizzazioni Sindacali, cui la Direzione del Dipartimento ha partecipato quale componente della parte pubblica.

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

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

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

Nel corso del 2024, nonostante sia proseguito il pensionamento di personale medico, con conseguente depauperamento dell'organico, le attività istituzionali di Servizio sono state mantenute ad un livello adeguato, in linea con le indicazioni aziendali/regionali e in un'ottica di collaborazione con i Servizi del Dipartimento di Prevenzione e con altre Strutture o Unità Operative dell'Azienda.

#### *Le prestazioni medico legali*

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

### *Sistemi di sorveglianza sanitaria*

Tutte le attività previste dal Sistema di Sorveglianza PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) e PASSI D'ARGENTO sono state completate come previsto dal Piano Regionale della Prevenzione.

### *Coperture vaccinali*

Sono state tempestivamente assicurate a tutti i MMG/PLS tutte le attività propedeutiche per un ordinato svolgimento della campagna di vaccinazione antinfluenzale (approvvigionamento dei vaccini, protocollo operativo e coordinamento dei flussi dei dati). Le coperture per esavalente, MPR, antipneumococcica e antimeningococcica, ancorché al di sotto del valore atteso, sono da considerarsi soddisfacenti in quanto il dato risente del fenomeno della migrazione delle giovani coppie che conservano la residenza a Lecce e provincia. L'anagrafe regionale del sistema informatizzato nel calcolo del denominatore non tiene conto dei temporaneamente domiciliati in altra regione né il sistema gestionale informatizzato regionale delle vaccinazioni (GIAVA) è ancora aggiornato in *download* da AVN (Anagrafe Nazionale Vaccinale) su cui confluiscono i dati delle anagrafi vaccinali di tutte le regioni. Se nel calcolo delle coperture a 24 mesi si tiene conto dei non rintracciabili, le coperture vaccinali effettive risultano sovrapponibili a quelle medie nazionali per l'anno 2023 (anno 2024 non ancora pubblicate). Vi è da evidenziare che il fenomeno della riduzione delle coperture in età infantile si è registrato anche a livello nazionale a causa di una azione mediatica di discredito messa in atto nel periodo post pandemico. Per anti HPV alle dodicenni le coperture, pur al di sotto del valore *target*, si collocano tra i livelli più alti in Italia (25 punti in più della media nazionale anno 2022).

### *Verifica delle strutture sanitarie per accreditamento istituzionale*

I ritardi nel completamento delle propedeutiche procedure di autorizzazione all'esercizio, da parte delle ASL presso cui devono essere effettuate le verifiche dei requisiti per accreditamento, hanno determinato un lieve scostamento rispetto valore *target* prefissato del 100% negli obiettivi relativi alle *performance* 2024 con riferimento al rispetto dei tempi prestabiliti per l'effettuazione delle verifiche per l'accreditamento delle Strutture Sanitarie e Socio-assistenziali.

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SISP NORD	SISP SUD
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	100% Rispetto cronoprogramma	95%	95%
Coordinamento Campagna vaccinale - Miglioramento indici copertura vaccinazione antiinfluenzale per anziani	Atti organizzativi coordinamento SI/NO	SI	SI
Miglioramento indici copertura vaccinazione con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	95% (tutte)	96%	94%
Miglioramento indici copertura vaccinazione MRP	95%	95%	94%
Miglioramento indici copertura vaccinazione antipneumococcica	95%	94,48%	92%
Miglioramento indici copertura vaccinazione antimeningococcica	95%	86,44%	88%
Miglioramento indici copertura vaccinazione Papilloma virus	95%	56,28%	73%
Attuazione linee strategiche e organizzative del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV)	80%	80%	78%
Azioni completate / Azioni previste dalla Regione in relazione al PanFlu Puglia 2021-2023 e PanFlu Puglia 2024-2026	50%	45%	50%
Azioni completate / Azioni previste dalla Regione in relazione al PRCAR Puglia 2023-2025 in capo al Dipartimento di Prevenzione	70%	100%	68%
Osservanza Indirizzi Operativi Regionali per il controllo della Legionellosi	95%	100%	100%
Riduzione Tempi d'attesa Prestazioni Medicina Legale - Azzeramento attese per esecuzione prestazione	1 giorno	3 giorni	1 giorno
Partecipazione Conferenze dei Servizi per Valutazioni Impatto Ambientale o Valutazioni Progetti ex L.241/1990	100%	100%	100%
Effettuazione su Strutture Sanitarie nei tempi previsti delle Verifiche richieste dalla Regione	100%	95%	100%

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

I Servizi di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN) Area Nord e Sud, Strutture Complesse Centralizzate, hanno la finalità di tutelare la salubrità e sicurezza degli alimenti (con l'esclusione di quelli di origine animale) e delle bevande e di promuovere nelle comunità l'adozione di uno stile di alimentazione sana che si accompagna all'abitudine ad una adeguata attività fisica.

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

Di seguito i risultati raggiunti nel 2024:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAN NORD	SIAN SUD
Numero dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di residui di fitosanitari in alimenti in attuazione del DM 23 dicembre 1992 / n. dei controlli previsti dalla programmazione regionale	100% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita. (Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04) *100	100% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
numero di campioni ufficiali effettuati dalla ASL / n° di campioni attribuiti all'ASL con PRIC per ciascuna delle 39 matrici in riferimento all'attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (con nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017)	100% dei Campioni previsti nel PLC	100%	100%
Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	100% dei C.U. svolti in riscontro alle segnalazioni	100%	100%
Controlli ispettivi in materia di sicurezza nutrizionale	> 95% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
Controlli ufficiali ad hoc	esecuzione di controlli in almeno 85% delle richieste di intervento	100%	100%
Controlli ispettivi in materia di acque destinate al consumo umano	> 95% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
Controlli analitici (campioni) relativi alle acque destinate al consumo umano	95% dei C.U. previsti nel PLC	100%	100%
Attuazione Piano Regionale della Prevenzione	95% attività previste	100%	100%

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

Obiettivo primario degli SPESAL Area Nord e Sud, strutture complesse centralizzate, è il raggiungimento del c.d. Parametro LEA e la realizzazione dei c.d. piani mirati di prevenzione, nonché di vigilanza, monitoraggio e verifica di competenza dei Servizi stessi.

Nel 2024 detti obiettivi sono stati raggiunti sia pure con una certa variabilità, dipendente dalle carenze di personale in servizio, ma riferibile anche alle priorità emergenti ed a progetti specifici.

Di seguito, nel dettaglio l'insieme dei risultati conseguiti nel 2024:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SPESAL NORD	SPESAL SUD
Controlli sulle attività produttive	≥ 5% (percentuale di aziende ispezionate/ aziende con almeno un dipendente)	94%	83%
Realizzazione di un piano di Vigilanza annuale sugli Obblighi aziendali di Salute e Sicurezza sul Lavoro in ambito agricolo e della zootecnia relativi a specifici Rischi	40	150%	100%
Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali relativi al REACH/CLP	50	110%	100%
Monitoraggio del rispetto delle condizioni di sicurezza nelle attività di bonifica dell'amianto	18%	100%	80%
Realizzazione di un piano mirato di prevenzione sugli obblighi aziendali di valutazione del rischio da esposizione ad agenti cancerogeni incluso amianto	+15% rispetto al 2015	100%	100%
Realizzazione di uno Sportello informativo anche attraverso strumenti Informatici, per ex esposti ad agenti cancerogeni	SI	SI	SI
Percentuale di cantieri edili ispezionati rispetto ai cantieri notificati nell'annualità precedente	16%	805	90%
Verifica congruenza della sorveglianza sanitaria	n. aziende edili vigilate 50	45	60
Percentuale di aziende LEA vigilate per rischio MSK nell'annualità di riferimento	50	50	67
Numero di aziende LEA vigilate per Rischio SLC nell'annualità di Riferimento	40	44	44
Esame progetti ai sensi dell'art. 67 del D.Lgs. 81/08, Pareri per deroghe art. 63 e 65 D.Lgs. 81/08), Controlli su asseverazioni, SCIA ed agibilità. Ricorsi ex at. 41. Partecipazione/predisposizione interventi che afferiscono al comitato tecnico regionale incidenti rilevanti. Partecipazioni a conferenze di servizi per rilascio/rinnovo/modifica AIA – AUA. Autorizzazione per l'esercizio delle Strutture Sanitarie.	100% delle richieste	100%	100%
Inchieste per malattie professionali e infortuni su delega dalla Procura	100% delle richieste	100%	100%
Organizzazione e/o partecipazione ad eventi formativi/informativi rivolti ai protagonisti della sicurezza sul lavoro (datore di lavoro, dirigenti, preposti, lavoratori e altri) in materia di agenti cancerogeni incluso amianto, agricoltura, edilizia, SLC, MSK e prodotti fitosanitari.	100% delle richieste	100%	100%

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

Tutti i dati relativi all'Attuazione del Piano Locale dei controlli relativo all'anno 2024 possono essere reperiti sul Sistema Informativo Veterinario del Ministero della Salute (all'indirizzo <https://www.vetinfo.it/>) nelle sue varie articolazioni relative ad "anagrafi", "controlli", "emergenze e rendicontazioni".

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

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

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

Di seguito i risultati raggiunti nel 2024:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAV A NORD	SIAV A SUD
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina )	100%	100%	100%
MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - (percentuale di allevamenti controllati)	100%	100%	100%
ANAGRAFI ANIMALI - Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	100%	100%	Aziende ovine 100%
			Aziende ovicaprine 100%
			Aziende suine 100%
			Aziende equine 30%
Piano di controllo per la Leucosi Bovina enzootica	100%	100%	100%
Piano di Sorveglianza Blue Tongue	SI	SI	SI
Piano di selezione Genetica per la resistenza alla Scrapie classica degli ovini	100%	100%	100%
Piano di controllo per la paratubercolosi bovina	90%	100%	Non è stato possibile raggiungere l'obiettivo per carenze di personale
Sorveglianza passiva suini per Peste Suina Africana in esecuzione di disposizioni nazionali e regionali	100%	100%	100%
Piano Nazionale integrato di sorveglianza e risposta ai virus West Nile e Usutu	99%	100%	90%
Piano di nazionale di controllo delle salmonellosi negli avicoli	100%	98%	100%
Numero di interventi per controlli e verifiche sul randagismo	95%	90%	90%
Piano di sorveglianza nazionale Aethina tumida	100%	100%	100%
Partecipazione attiva da parte di personale afferente al SIAB A ai fini dell'attuazione in sede locale degli adempimenti regionali	> 95%	100%	100%

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

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

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

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

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

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

Di seguito i risultati raggiunti nel 2024:

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	SIAV B NORD	SIAV B SUD
Interventi aziendali attuativi delle disposizioni regionali relative al Piano Regionale della Prevenzione	> 95% di interventi effettuati/interventi previsti	100%	100%
Numero dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n. dei controlli previsti dal medesimo Piano	100% dei controlli previsti attuabili	100% dei controlli previsti attuabili *attività svolta in modo coordinato e congiunto da SIAV B Nord/Sud	
numero di campioni ufficiali effettuati dalla ASL / n. di campioni attribuiti all'ASL con PRIC per ciascuna delle 39 matrici in riferimento all'attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (con nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017)	100% dei previsti nel PLC attuabili	100%	100%
N. dei controlli minimi svolti per il controllo ufficiale di residui di fitosanitari e additivi in alimenti in attuazione del DM 23 dicembre 1992 / n. dei controlli previsti dalla programmazione regionale	100% dei previsti nel PLC attuabili	100%	100%
Piano di sorveglianza per TSE degli ovicaprini nei macelli	rispetto dei campioni previsti PRC per ovini e caprini	100%	
		*attività svolta in modo coordinato e congiunto da SIAV B Nord/Sud	
Controlli Programmati dal competente Ufficio Veterinario per gli Adempimenti Comunitari Ministero della Salute	≥ 95% Controlli Ufficiali su Disposizione UVAC attuabili	100% dei controlli previsti attuabili *attività svolta in modo coordinato e congiunto da SIAV B Nord/Sud	
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita. (Numero di controlli minimi su OSA registrati ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04) *100	20%	100%	100%
Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di Controlli Ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabiliti dallo stesso Piano. (Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 853/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04) *100	33%	100%	100%
Sicurezza Alimentare e gestione delle Allerte alimentari i RASFF	Garantire la gestione dei Sistemi di Allerta Notificate al Servizio 100%	100%	100%
Attività tecnico istruttoria in relazione alle pratiche per il riconoscimento (bollo CE) delle attività produttive, relativamente ai prodotti di origine animale	Garantire l'istruttoria del 100% delle richieste notificate al Servizio	100%	100%
Piano Nazionale per la sorveglianza e controllo dell'anemia infettiva degli equidi	Garantire il 100% delle indagini su tutti gli equini presentati al macello	100%	100%
Attività di Controllo ad hoc effettuati per richieste di altri Enti/Amministrazioni	Garantire il 100% dei controlli ufficiali non programmati	100%	100%
Attività di verifica dell'efficacia. a) tramite verifica periodica di una percentuale significativa di verbali ispezione, <i>check-list</i> , ecc. elaborati dal personale preposto ai C.U.; b) valutazione sul campo, verifica sul campo, su base annuale	Rispetto della percentuale prevista del 33%	100%	100%
Garanzia della sicurezza degli operatori e della qualità dei servizi nelle missioni critiche (dove sono stati registrati episodi di minacce, etc)	Realizzazione di 1 progetto ad hoc	Interrotto per revoca autorizzazione stabilimento di macellazione	Progetto non previsto

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

I Servizi Veterinari di Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche, Area Nord e Sud, Strutture Complesse Centralizzate, riguardo alle funzioni di competenza, sono tenuti a predisporre ed attuare annualmente il Piano Locale dei Controlli Ufficiali in materia di sicurezza alimentare, secondo criteri stabiliti e sono previste ben determinate attività, in attuazione del PRC, Piano Regionale dei Controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

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

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

Di seguito i risultati raggiunti nel 2024:

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

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

Compito specifico dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale COMIMP è quella di favorire l'ottimizzazione della gestione dei flussi informativi sulla salute e sicurezza del lavoro, il monitoraggio dei rischi occupazionali e degli esiti di salute sulla popolazione lavorativa, la collaborazione con i sistemi informativi (SINP, Informo, Malprof, etc) e con il Dipartimento di Promozione della Salute della Puglia e contribuire alla gestione dei sistemi di sorveglianza attiva e passiva dei tumori professionali; nell'anno 2024 si sono raggiunti tutti gli obiettivi previsti e di seguito esplicitati.

OBIETTIVI OPERATIVI	VALORE TARGET	RISULTATI 2024
Realizzazione della corretta e completa alimentazione dei sistemi operativi di competenza, nonché l'elaborazione dei dati a livello locale in modo da garantire l'uniforme applicazione dei criteri, degli indirizzi operativi, degli obiettivi stabiliti, ma che tengano conto delle specificità dei territori delle due macro Aree Nord e Sud, e a tal fine attraverso la collaborazione delle relative Direzioni di U.O.C.	SI	SI
Garantire l'implementazione a livello locale dei sistemi di sorveglianza promossi dal centro di coordinamento regionale	SI	SI
Assicurare il supporto per lo svolgimento a livello provinciale delle funzioni del Centro Operativo Regionale ai sensi dell'art. 244 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, e s.m.i	SI	SI
Effettuare indagini specifiche su problemi di rilevanza locale	SI	SI
Collaborare alla progettazione, alla realizzazione e alla valutazione degli interventi sanitari	SI	SI
Collaborare alla realizzazione delle attività di confronto e di audit delle prestazioni erogate dai Servizi di Prevenzione sul territorio	80%	100%
Partecipare alle attività di formazione e informazione sui rischi professionali indicate dal centro di coordinamento regionale e promuovere analoghe iniziative a livello locale su aspetti di specifico interesse provinciale	SI	SI
Fornire consulenza alle UU.OO. e Servizi della ASL per gli aspetti di competenza	SI	SI
Fornire supporto alle attività degli Organismi Provinciali di cui all'art. 2, c. 3 del D.P.C.M. 21/12/2007		
Predisporre la relazione annuale delle attività e rapporti scientifici relativi ai dati provinciali e fornire gli elementi per la pianificazione delle attività locali al Centro di Coordinamento	SI	SI
Partecipare alle attività previste dal COMIMP di livello regionale	SI	SI

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

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

Si è provveduto, inoltre, alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che – per il Dipartimento di Prevenzione – nell'anno 2024, si assesta a – 18, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 22034 del 05.02.2025.

#### Macro-area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

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

Relativamente alla formazione e aggiornamento professionale personale dipendente, si è provveduto nel 2024 alla presentazione, gestione e realizzazione del Piano Formativo di competenza della Direzione Dipartimentale e delle singole UU.OO.CC. e all'attivazione ed alla partecipazione di corsi di formazione di competenza.

#### Macro-area obiettivo: Valutazione Partecipativa

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

#### **Screening oncologici**

La U.O.S.V.D. *Screening* Oncologici, afferente al Dipartimento di Prevenzione, ha avuto come obiettivo principale quello di assicurare il pieno utilizzo delle capacità erogative messe a disposizione dalle diverse UU.OO. per l'attuazione degli *screening*. A tal fine, si è provveduto a

negoziare con le UU.OO. interessate i volumi di attività per migliorare gli indici di *performance* e raggiungere gli obiettivi assegnati dalla Regione. Nel corso del 2024 la U.O.S.V.D. ha utilizzato pienamente le risorse diagnostiche e di personale impegnate nell'attività, registrando un miglioramento delle *performance* rispetto al biennio 2022-2023, per tutti e tre gli *screening* previsti relativamente all'estensione, ovvero la popolazione bersaglio invitata ad effettuare i test, e per lo *screening* del tumore del colon retto relativamente all'adesione, ovvero la popolazione che ha aderito all'invito.

### Screening mammografico

Popolazione eleggibile *target* nel 2024: n. 54.516 donne tra 50 e 69 anni

Esame di I livello: mammografia

Anno	inviti/lettere	Presenze / esami 1^ livello	Presenze / esami 2^ livello	Totale esami	Estensione n. Inviti lettere / pop. Bersaglio	Adesione n. Esami / inviti lettere
2020	19.023	13.107	1.583	14.690	32,90%	68,90%
2021	26.430	21.089	1.678	22.767	45,70%	79,80%
2022	27.340	20.998	1.395	22.393	50,15%	79,43%
2023	44.614	23.742	2.088	25.830	78,33%	57,91%
2024	41.642	24.312	2.050	26.362	72,67%	59,29%

### Screening cervice - uterino

Esame di I livello: Pap test / HPV Test DNA

Popolazione eleggibile *target* nel 2024: n. 69.246 donne tra 25 e 64 anni

Anno	inviti/lettere	Presenze / esami 1^ livello	Presenze / esami 2^ livello	Totale esami	Estensione n. Inviti lettere / pop. Bersaglio	Adesione n. Esami / inviti lettere
2020	29.939	10.514	1.011	11.525	40,00%	35,00%
2021	22.198	13.647	1.183	14.830	30,00%	61,50%
2022	34.949	18.697	235	18.932	51,09%	56,85%
2023	83.164	29.169	758	29.927	110,28%	40,64%
2024	55.558	23.552	3.131	26.683	80,24%	43,24%

### Screening colon - retto

Popolazione eleggibile *target* nel 2024: n. 117.698 cittadini tra 50 e 69 anni

Esame I livello: FOB, Esame II livello: Colonscopia

Anno	inviti/lettere	N. campioni accettati	Estensione	Adesione	Donne invitate	Uomini invitati	FOBT eseguiti donne	FOBT eseguiti donne
2021	27.301	6.456	23,77%	22,66%				
2022	37.638	9.073	33,25%	24,33%				
2023	86.144	22.373	73,94%	25,45%				
2024	119.347	30.675	101,41%	22,42%	62.901	58.461	18.460	13.684

Proporzione di tumori rilevati in stadio II+

Un dato rilevante riguarda la proporzione di tumori rilevati in stadio avanzato (II+) nei round successivi a quello di prevalenza, che si attesta al 10%, ben al di sotto del target massimo del 25%.

Questo risultato positivo riflette l'efficacia della diagnosi precoce e il miglioramento della tempestività d'intervento.

Valutazione risultati del Dipartimento di Prevenzione

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

**5.2 Dipartimento di Assistenza Territoriale**

Il Dipartimento di Assistenza Territoriale comprende i distretti socio-sanitari (DSS), articolazioni organizzative - funzionali della ASL preposti all'erogazione dell'attività sanitaria e sociosanitaria territoriale finalizzata alla presa in carico globale della persona e alla soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione assistita residente nei diversi Comuni ricadenti nei 10 DSS: Campi Salentina, Casarano, Galatina, Gallipoli, Gagliano Del Capo, Lecce, Maglie, Martano, Nardò, Poggiardo. Fanno parte del Dipartimento Assistenza territoriale anche le U.O.S.V.D. *Hospice e Home Care*.

Macro-area obiettivo: Capacità di Governo della Domanda Sanitaria

In riferimento all'Attuazione del Piano Regionale dei Tempi di Attesa, il piano delle attività è stato elaborato in linea con le risorse disponibili. Tuttavia, analizzando le prestazioni totali (Fonte dati: sistema WBS), si rileva un numero complessivo totale di prestazioni effettuate nel 2024 pari a n. 477.337, inferiore all'anno 2023 (n. 494.605) con uno scostamento negativo del 3,49%.

Nella seguente tabella si riportano i dati relativi all'attività specialistica dei distretti socio-sanitari nel biennio 2023-2024.

**PRESTAZIONI AMBULATORIALI 2023 - 2024**

	2023	2024	Diff. 2024 - 2023	Diff. % 2024 - 2023
D.S.S. LECCE	139.988	129.412	- 10.576	-7,55%
D.S.S. CAMPI	34.358	35.352	994	2,89%
D.S.S. NARDO'	52.016	40.003	- 12.013	-23,09%
D.S.S. MARTANO	44.610	43.568	- 1.042	-2,34%
D.S.S. GALATINA	27.525	30.981	3.456	12,56%
D.S.S. MAGLIE	36.541	36.906	365	1,00%
D.S.S. POGGIARDO	32.493	32.802	309	0,95%
D.S.S. GALLIPOLI	31.426	34.186	2.760	8,78%
D.S.S. CASARANO	33.485	37.463	3.978	11,88%
D.S.S. GAGLIANO	62.163	56.664	- 5.499	-8,85%
	<b>494.605</b>	<b>477.337</b>	<b>- 17.268</b>	

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

Il risultato è in realtà frutto delle azioni intraprese in maniera strutturata, seppur in misura e tempi diversi, da tutte le strutture distrettuali.

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

Grazie al nuovo sistema di rendicontazione e con l’aggiornamento del Piano Attuativo Aziendale delle liste di attesa, l’obiettivo dei prossimi esercizi sarà quello di consolidare i risultati raggiunti e dare una risposta quanto univoca e ben organizzata possibile sul territorio a tutti i cittadini.

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

Dall’analisi condotta, si conferma l’assenza di criticità sul soddisfacimento delle prestazioni sia in regime di priorità U (Urgente, prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore), che in regime di priorità B (Breve, 10 giorni).

L’offerta di visita prioritaria classe D (Differibile, prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici), risulta un obiettivo raggiunto, avendo garantito il soddisfacimento delle prestazioni per l’80% entro i tempi stabiliti.

Per una visione completa del governo dei tempi di attesa si rimanda al paragrafo successivo 5.3.

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

**Macro-Area obiettivo: Appropriatelyzza e qualità**

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

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

DISTRETTI SOCIO SANITARI	ASL LECCE - Assistenza Consultoriale Gravidanza						
	Percorso Nascita – Anno 2024						
	Num. Donne Grav. Assistite	di cui donne straniere	Numero Visite Ostetriche	di cui a donne straniere	Numero Agende Gravid. Conseg.	Num. Donne Partec. IAN*	di cui donne straniere
DSS LECCE	365	147	2502	941	108	347	5
DSS CAMPI S.	97	31	370	99	62	85	3
DSS NARDO'	106	13	843	252	106	57	0
DSS MARTANO	136	40	332	20	129	144	10
DSS GALATINA	45	11	276	48	41	98	0
DSS MAGLIE	213	25	451	60	75	146	0
DSS POGGIARDO	89	40	801	360	89	0	0
DSS GALLIPOLI	53	2	236	23	0	75	0
DSS CASARANO	132	16	413	48	138	164	0
DSS GAGLIANO DEL CAPO	23	6	193	14	20	88	2
<b>TOT. ASL LE</b>	<b>1259</b>	<b>331</b>	<b>6417</b>	<b>1865</b>	<b>768</b>	<b>1204</b>	<b>20</b>

\* IAN = Incontri Accompagnamento Nascita

**Nota Bene:** Non è riportata l’attività di supporto allattamento al seno ed assistenza in puerperio perché effettuata con modalità tutte differenti

## Macro-Area obiettivo: Assistenza Sanitaria Territoriale

### Servizi previsti nei piani vincolati (FESR e PNRR)

Tutti i Direttori dei distretti socio-sanitari hanno collaborato in un lavoro propedeutico con la Direzione Strategica affinché l'Azienda Asl Lecce potesse presentare i progetti da realizzare con finanziamenti PNRR, in particolare per la programmazione degli interventi previsti dalla Misura 6 C1 (Reti di prossimità, ricerca e digitalizzazione e telemedicina per l'assistenza territoriale) e C2 (Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN).

### Ricoveri in Ospedale di Comunità

Nella Asl Lecce sono attivi gli Ospedali di Comunità di Campi Salentina e Nardò, con disponibilità, rispettivamente, di n. 6 (in media) e n. 15 posti letto nell'anno 2024.

L'Ospedale di Comunità del DSS Campi Salentina nell'anno 2024 ha registrato un numero di ammissioni pari a 60 per un numero di giornate di degenza pari a 1.620.

L'Ospedale di Comunità del DSS di Nardò nell'anno 2024 ha registrato un numero di ammissioni pari a 136, per un numero complessivo di giornate di degenza pari a 1.998.

Tutte le richieste di ricovero nei due Ospedali di Comunità sono state accolte, soddisfacendo tutta la domanda espressa.

### L'Assistenza Domiciliare

A seguito delle indicazioni regionali e delle azioni posti in essere da tutti i distretti sono stati raggiunti gli obiettivi del PNRR che fissava al 10% gli anziani presi in carico in assistenza domiciliare.

Nello specifico per l'anno considerato, il numero totale di assistiti anziani (> 65 anni) con valutazione in cure domiciliari risulta pari a n. 24.747 nel complesso dei Distretti, corrispondente al valore del 12,36% rispetto alla popolazione *target* (200.219 al 1° gennaio 2024). Come si evince dalla seguente tabella, per tutti i distretti, ad eccezione del DSS di Lecce, risulta raggiunto l'obiettivo con il superamento del valore *target* > 10%, stabilito dalla regione Puglia. Tuttavia, il DSS di Lecce risulta in miglioramento rispetto all'anno precedente, la cui percentuale di assistiti ultra65enni in ADI era pari al 5,87%.

Assistiti ultra 65enni in assistenza domiciliare - anno 2024			
DSS	n assistiti ultra 65enni	popolazione ultra65enni	% assistiti ultra 65enni in cure domiciliari - 2024
51 - Lecce	3.802	42.693	8,91%
52 - Campi	3.011	22.560	13,35%
53 - Nardò	3.368	22.504	14,97%
54 - Martano	1.568	12.892	12,16%
55 - Galatina	2.072	15.376	13,48%
56 - Gallipoli	1.876	18.198	10,31%
57 - Maglie	1.952	14.446	13,51%
58 - Poggiardo	2.369	12.392	19,12%
59 - Casarano	2.011	17.294	11,63%
60 - Gagliano	2.718	21.864	12,43%
Totale complessivo	24.747	200.219	12,36%

### L'Assistenza residenziale e semi-residenziale

La Porta Unica di Accesso (PUA) garantisce l'accesso alla rete dei servizi sociosanitari, promuovendo la semplificazione delle procedure, l'unicità del trattamento dei dati, l'integrazione

nella gestione del caso, la garanzia per l'utente di un tempo certo per la presa in carico. Fra i compiti della PUA vi è quello di garantire il raccordo operativo con la UVM, attraverso la gestione dell'agenda, l'organizzazione dei lavori e la calendarizzazione delle sedute della stessa, convocate dalla Direzione del Distretto anche per l'accesso alle strutture Socio Residenziali e Semi-residenziali. Tutti i Distretti hanno assicurato, nei limiti dell'offerta definita dalla Regione Puglia (numero, tipologia di strutture e posti letto), l'accoglimento e il soddisfacimento della domanda di prestazioni sociosanitarie provenienti dal territorio di competenza con la presa in carico degli utenti mediante Piani di Assistenza Individualizzati (PAI) che vengono regolarmente rivalutati in corso di esecuzione.

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

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

Con D.G.R. n. 1006 del 30.06.2020 e ss.mm.ii., la Regione ha fornito alle Aziende Sanitarie Locali indirizzi al fine di gestire la fase transitoria del percorso di conferma delle autorizzazioni all'esercizio e degli accreditamenti.

Nel corso dell'anno 2024, con riferimento all'Area non autosufficienti (R.R. n. 4/2019), sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali ed in posti letto provvisoriamente accreditati, servizi residenziali in 39 RSA per soggetti non autosufficienti (ex RSSA art. n. 66 R.R. n. 4/2007 e ex RSA R.R. 3/2005) per un totale di n. 1.284 posti letto nonché servizi semiresidenziali in 10 Centri diurni per soggetti non autosufficienti (ex art. 60 *ter* R.R. n. 4/2007 e ex Centri Diurni all'interno delle RSA R.R. n. 3/2005) per ulteriori n. 216 posti semiresidenziali provvisoriamente accreditati.

Con riferimento all'Area Disabili (R.R. n. 5/2019), l'Azienda ha garantito la domanda di prestazioni nelle strutture sociosanitarie di cui agli ex artt. 57, 58, 60, 60 *ter* (Comunità socio-riabilitative, RSSA per disabili, Centri diurni socio-educativi e riabilitativi, Centri diurni integrati per demenze), nonché art. 70 e 70 *bis* del R.R. n. 4/2007 (Case famiglia o Case per la vita per persone con problematiche psico-sociali a bassa e media intensità assistenziale). In particolare, nel corso dell'anno 2024, sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali ed in posti letto provvisoriamente accreditati, servizi residenziali in 12 RSA per soggetti disabili (ex artt. 57 e 58 del R.R. n. 4/2007) per un totale di n. 232 posti letto nonché servizi semiresidenziali in n. 23 Centri Diurni per soggetti disabili (ex artt. 60 del R.R. 4/2007 ed ex Centri Diurni all'interno delle RSA disabili R.R. n. 3/2005) per un totale di n. 549 posti letto.

Con riferimento alla "Casa famiglia o casa per la vita per persone con problematiche psicosociali" ex art. 70 e 70 *bis* R.R. n. 4/07, nel corso dell'anno 2024, sono stati assicurati servizi residenziali in 34 Strutture sociosanitarie ex artt. 70 e 70 *bis* del R.R. n. 4/2007 per un totale di n. 312 posti letto.

#### *La Rete delle Cure Palliative e ricoveri in hospice*

Nell'anno 2024 il numero di pazienti con bisogno di cure palliative specialistiche presi in carico nel territorio dell'ASL Lecce è stato pari a n. 1.499. La copertura del fabbisogno riferita a tutti i distretti sociosanitari si è attestata al 53% dato in aumento se confrontato con il dato riferito nel 2023 pari al 49%. Rispetto al totale, n. 930 pazienti sono stati assistiti in modalità residenziale nei

tre *hospice* della provincia: San Cesario (a gestione diretta), Tricase e Casarano (in convenzione), n. 569 oncematologici in assistenza domiciliare (ADO), mediante convenzioni attivate da ASL Lecce con le associazioni *no profit*: ANT, AMOPuglia, LILT e AIL.

Compatibilmente con la disponibilità dei posti letto in dotazione negli *hospice*, tutti i distretti hanno garantito il soddisfacimento della domanda di cure in regime residenziale dei malati provenienti dal proprio bacino di utenza.

#### Macro-Area obiettivo: Prevenzione

Riguardo ai programmi di *screening* nei distretti vengono svolti sia quello per la prevenzione del tumore della cervice uterina che quello mammografico.

Tuttavia i Consultori Familiari hanno influenza diretta soltanto per la prevenzione della cervice uterina, per il quale, nell'anno 2024 gli inviti sono stati estesi all'80,24%.

Tutti i distretti hanno garantito l'offerta al 100% delle donne aderenti.

#### Macro-Area obiettivo: Assistenza Farmaceutica

Per l'anno 2024, lo scostamento della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al tetto rispetto al tetto di spesa assegnato è pari allo 0,69% inferiore allo sfioramento medio regionale del 1,01%.

Tutti i distretti hanno messo in atto gli interventi prescritti per l'abbattimento della spesa farmaceutica. Tuttavia, come si evince dalla tabella seguente, la spesa pro-capite lorda supera il valore *target* di € 165.

Distretto Socio Sanitario	Importo Lordo procapite pesato 2023	Importo Lordo procapite pesato 2024	Scostamento 2024-2023	Scostamento %
DSS Lecce	172,10 €	171,90 €	- 0,20 €	-0,12%
DSS Campi	184,80 €	186,20 €	1,40 €	0,76%
DSS Nardò	179,80 €	181,50 €	1,70 €	0,95%
DSS Martano	188,80 €	193,20 €	4,40 €	2,33%
DSS Galatina	183,00 €	182,00 €	- 1,00 €	-0,55%
DSS Gallipoli	184,60 €	184,10 €	- 0,50 €	-0,27%
DSS Maglie	182,10 €	187,30 €	5,20 €	2,86%
DSS Poggiardo	194,40 €	195,60 €	1,20 €	0,62%
DSS Casarano	176,30 €	176,50 €	0,20 €	0,11%
DSS Gagliano del Capo	188,40 €	191,00 €	2,60 €	1,38%

Per la spesa protesica, nell'anno 2024, dai dati del Controllo di Gestione risulta una spesa complessiva in incremento sull'anno precedente.

In tutti i distretti si registra lo sfioramento dei valori *target* stabiliti, pur precisando che la prescrizione di ausili e protesi avviene da parte dei singoli medici specialisti per i quali, allo stato, non risulta ancora adottato l'albo dei prescrittori. Tale criticità, unitamente alla prescrizione informatizzata, sono in fase di superamento con procedure che saranno completate nel corso del 2025.

Tutti i distretti hanno comunque posto in essere azioni di sensibilizzazione sia nei confronti dei medici specialisti ospedalieri coinvolti direttamente nella prescrizione sia nei confronti dei MMG per l'appropriatezza prescrittiva.

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

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

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

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

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

Relativamente all'Indice di Tempestività dei Pagamenti (I.T.P.) n. 3 distretti su 10, ovvero i DSS di Nardò, Campi Salentina e Lecce, hanno incontrato notevoli difficoltà ad assicurare la liquidazione delle fatture entro 40 gg dalla registrazione, principalmente a causa della introduzione del nuovo sistema informativo-contabile MOSS e per la carenza di personale amministrativo.

#### Macro-Area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

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

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

#### Valutazione risultati dei distretti socio-sanitari

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

### **5.3 Il governo delle liste di attesa**

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

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

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

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

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

- a) assenza di adeguati flussi informativi;
- b) domanda di prestazioni sanitarie superiore all'offerta generata;

c) notevole presenza di richieste inappropriate dal punto di vista delle priorità e dei quesiti diagnostici.

- **Assenza di adeguati flussi informativi**

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

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

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

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

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

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

Inoltre viene calcolata la percentuale di soddisfazione, nei tempi previsti, delle prestazioni, classificate in:

- fascia rossa da 0 al 49% del soddisfacimento dei tempi;
  - fascia gialla dal 50 all'89 % del soddisfacimento dei tempi;
  - fascia verde dal 90 al 100% del soddisfacimento dei tempi.
- monitoraggio ex post prestazioni prenotate presso l'ASL Lecce (prestazioni eseguite): tramite il CUP aziendale è stato prodotto e vagliato, un monitoraggio *ex post* di tutte le prestazioni effettuate dall'ASL Lecce confrontati con le prestazioni effettuate negli stessi periodi dell'anno precedente (gennaio - dicembre 2024 vs 2023).

- **Domanda di prestazioni sanitarie superiore all'offerta generata**

In attuazione delle D.G.R. n. 262/2023 e D.G.R. n. 1568/2023, che hanno definito i nuovi obiettivi che devono essere perseguiti dalle strutture sanitarie aziendali, è stato predisposto l'aggiornamento

del Programma Attuativo Aziendale per il Recupero e Governo delle Liste di Attesa, con i seguenti interventi:

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

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

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

Dall'analisi condotta è emerso un generale decremento della prenotazione di prestazioni di visita di controllo (cod. 89.01) nelle agende pubbliche, con un decremento progressivo maggiore del 40%.

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

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

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

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

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

Al fine di recuperare ad isorisorse disponibilità orarie, il CUP Aziendale ha svolto un'analisi, per ogni distretto, dei pazienti che pur essendo prenotati per le branche specialistiche oggetto di monitoraggio, non si sono presentati, confermando la possibilità di programmare, con un *overbooking* ragionato, un incremento medio del 3% su tutti i distretti aziendali.

Inoltre, alla fine dell'anno 2024, è stato deliberato un aggiornamento del Piano Attuativo Aziendale (D.D.G. n. 1237 del 5 novembre 2024), con il quale sono stati rivisti i livelli e i ruoli di responsabilità nell'ambito della gestione delle liste di attesa, nonché è stato elaborato un percorso di tutela perfezionato, anche in riferimento alle indicazioni contenute nel recente Decreto Liste di attesa, approvato con L. n. 107/2024.

È di tutta evidenza che gli effetti del suddetto aggiornamento saranno visibili nel corso degli anni successivi.

- **Presenza di richieste inappropriate dal punto di vista delle priorità e dei quesiti diagnostici**

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

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

Da luglio 2022 il gruppo tecnico ha iniziato anche a organizzare interventi volti ad una migliore gestione della domanda in termini di appropriatezza.

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

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

I risultati raggiunti evidenziano il rispetto dei tempi di erogazione per le prestazioni oggetto di monitoraggio nelle fasce di priorità U e B, per quanto riguarda la priorità D i tempi di erogazione vengono rispettati per le prestazioni strumentali e per le visite collegate ad esami strumentali, permangono delle criticità sulle prestazioni con priorità P, per queste ultime si rende necessario potenziare le procedure di presa in carico dei pazienti cronici che, altrimenti, si rivolgono al CUP come primo accesso.

#### 5.4 Dipartimento di Salute mentale

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

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

- Centri di Salute Mentale, con annessi i centri di costo Comunità Riabilitativa Assistenziale Psichiatrica (CRAP) e Centri Diurni;
- Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura;
- Neuropsichiatria Infantile;
- Centro di Psichiatria e Psicoterapia dell'Infanzia e Adolescenza;
- Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare;
- Psichiatria Penitenziaria e Forense.

La relazione è redatta sulla base dei dati di *performance* 2024 rapportati alle Unità Operative Complesse (Centri Salute Mentale, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura e Neuropsichiatria Infantile), e Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale (Centro Salute Mentale Gagliano del Capo-Ugento e Centro per la Cura e la Ricerca sui Disturbi del Comportamento Alimentare), afferenti al Dipartimento Salute Mentale.

##### *Centri di Salute Mentale*

La rete dei Centri di Salute Mentale afferenti al Dipartimento di Salute Mentale ASL Lecce è coerente con l'ambito territoriale dei distretti socio-sanitari e copre in maniera razionale tutto il territorio provinciale, come di seguito riportato.

Distretto Socio Sanitario	Popolazione residente al 01.01.2024	Centro di Salute Mentale
LECCE	175.928	CSM Lecce
CAMPI S.NA	82.327	CSM Campi S.Na
NARDO'	90.358	CSM Nardò-Galatina
GALATINA	56.871	
MARTANO	45.973	CSM Maglie - Martano - Poggiardo
MAGLIE	52.041	
POGGIARDO	42.433	
GALLIPOLI	70.636	CSM Gallipoli - Casarano
CASARANO	68.921	
GAGLIANO DEL CAPO	81.743	CSM Gagliano Del Capo
<b>Totale complessivo</b>	<b>767.231</b>	

#### Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

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

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

#### *Neuropsichiatria infantile*

La UOC Neuropsichiatria infantile (N.P.I.) è organizzata in 3 Poli territoriali, con una *équipe* multidisciplinare per Polo, coordinata dal Dirigente Medico di N.P.I.

#### Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Relativamente ai dati sull'utenza, la N.P.I., nell'anno 2024, ha preso in carico, su 1000 residenti minorenni, 44,29 utenti affetti da patologia psichiatrica, in incremento rispetto alla *performance* 2023, pari a 38 su mille.

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

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

#### Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Il Centro ha assicurato la valutazione e la presa in carico dei soggetti affetti da Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione (DNA) con appropriati percorsi assistenziali, domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali (DH) e residenziali (invii in Strutture del privato accreditato) secondo gli indirizzi regionali.

Nel corso del 2024 sono stati seguiti n. 480 utenti (di cui 335 in regime ambulatoriale e 145 in DH, così come estrapolabili dal SISM e da EDOTTO) a cui sono state erogate n. 22.014 prestazioni. L'attività risulta in incremento sull'anno precedente durante il quale sono stati presi in carico n. 387 utenti (di cui 252 in regime ambulatoriale e 135 in DH) a cui sono state erogate n. 21.144 prestazioni.

### *Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura*

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

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

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

#### Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

Di seguito si riportano i risultati dell'anno 2024, rapportati a quelli dell'anno 2023:

- degenza media ricoveri ordinari: compresa tra 8,12 e 13,42 (vs. degenza media compresa tra 10,82 e 17,40 nel 2023);
- % di ricoveri ripetuti (re – ingressi in S.P.D.C.) tra 8 e 30 giorni dalla dimissione su totale ricoveri: 7,25% (vs. 6,24% *performance* 2023);
- numero di T.S.O. a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente: 16,71 (vs. 13,79 *performance* 2023).

#### Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità

Tra gli obiettivi prioritari stabiliti dalla Regione per le aziende sanitarie, vi è la riduzione dei ricoveri inappropriati, al fine di garantire il miglioramento della qualità delle cure ed il contenimento dei costi dell'assistenza. L'indicatore “*DRG ad alto rischio di inappropriatazza*” (Griglia LEA) rileva per i servizi ospedalieri a gestione diretta (S.P.D.C.) valori sotto la soglia di 0,21, attestandosi tra 0,08 e 0,2.

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

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

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

Il DSM ha pianificato la propria attività perseguendo l'equilibrio economico – finanziario della gestione e nel rispetto dei vincoli del *budget* assegnato, sia con riferimento alle risorse direttamente gestite, sia attraverso la qualificazione della spesa in termini di volumi e tipologia delle prestazioni di riabilitazione psicosociale erogate dal privato accreditato. Il dipartimento ha, altresì, provveduto tempestivamente alla liquidazione delle fatture di competenza. L'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, per il Dipartimento, nell'anno 2024 si assesta intorno al valore - 45, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 22034 del 05.02.2025.

#### Macro-area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

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

Relativamente alla formazione e aggiornamento professionale personale dipendente, si è provveduto nel 2024 all'attivazione ed alla partecipazione di corsi di formazione *ad hoc* secondo il piano formativo aziendale.

#### Valutazione risultati del Dipartimento di Salute Mentale

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

### **5.5 Dipartimento Dipendenze Patologiche**

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

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

Le dipendenze patologiche rappresentano un'area in continua evoluzione e cambiamento; sia per una sempre maggiore offerta di vecchie e nuove sostanze, accessibili anche *on-line*, sia per le modalità di consumo, per i contesti d'uso, sia per le ragioni individuali che le stesse sostanze possono determinare. La diffusione interessa trasversalmente tutte le classi sociali e tutte le classi di età. Si è ulteriormente abbassata l'età di primo consumo con particolare attenzione, da parte degli adolescenti e giovani adulti non solo nei confronti di cannabinoidi ed alcol ma anche di cocaina, metamfetamine, Ketamina e altre sostanze psicoattive.

Altro fenomeno emergente è la dipendenza da oppioidi sintetici, utilizzati a scopo voluttuario, acquistati al mercato nero ed online, ma anche prescritti per la terapia del dolore cronico e che spesso inducono dipendenza in questi pazienti, che in numero crescente si rivolgono ai nostri servizi per un trattamento di disassuefazione.

Sempre più numerose sono poi le richieste di trattamento da parte di pazienti con dipendenze comportamentali, come soprattutto il disturbo da gioco d'azzardo (DGA) ma anche dipendenza da internet, da video giochi, da cellulare, dal sesso, lo *shopping* compulsivo. Tali dipendenze oltre a causare disagio, sofferenza e/o disturbi clinicamente significativi costituiscono un problema di sanità pubblica di crescente importanza con un alto impatto nella vita quotidiana. Per tale motivo già da alcuni anni sono stati attivati due centri per la cura del DGA, delle dipendenze tecnologiche e delle altre cosiddette dipendenze senza sostanze.

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

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

Nell'anno 2024, l'utenza complessiva presa in carico dai servizi ammonta a 4.476, con un incremento di 1.131 unità rispetto al 2023 (3.345).

Dipartimento Dipendenze Patologiche	Attività totale	UTENTI
Ser.D. Lecce	172.186	776
Ser.D. San Cesario	112.558	301
Ser.D. Copertino	29.480	123
Ser.D. Nardò	42.843	191
Ser.D. Campi Salentina	33.988	199
Ser.D. Galatina	83.181	131
Ser.D. Martano	44.453	192
Ser.D. Maglie	70.572	312
Ser.D. Poggiardo	59.474	223
Ser.D. Tricase	67.186	255
Ser.D. Casarano	78.407	371
Ser.D. Gallipoli	50.929	263
Ser.D. Ugento	63.691	310
Ser.D. Carcere *	4.660	152
UOSD Doppia Diagnosi *	17.953	250
Alcologia	3.998	95
DGA Muro Leccese *	617	129
DGA San Cesario *	905	184
Centro Antifumo *	106	19
	<b>937.187</b>	<b>4.476</b>

Rispetto alla tabella precedente va sottolineato che i valori riferiti alla U.O.S.V.D. Doppia Diagnosi e Ser.D. Carcere ai due Centri per il DGA e al Centro Antifumo si riferiscono a soli sei mesi. I due servizi, infatti, sono stati inseriti nelle elaborazioni del sistema Sind-HTH nel mese di giugno 2024.

I pazienti con percorso presso comunità terapeutiche ammontano a 107 unità, in calo con lo storico del Dipartimento.

#### Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda

*Miglioramento delle capacità attrattiva dei Servizi:* le U.O del dipartimento accolgono immediatamente tutte le nuove richieste di trattamento, assicurando la tempestiva presa in carico dell'utente e della sua famiglia.

*Appropriatezza dell'offerta:* per ogni utente viene definito un piano terapeutico individualizzato da parte dell'Equipe multidisciplinare, concordato con il paziente, soggetto a verifiche e ad eventuali modifiche sulla scorta dell'evoluzione del quadro clinico, attraverso un monitoraggio continuo degli aspetti clinico-tossicologici, comportamentali e psico-sociali.

*Efficacia del piano terapeutico residenziale:* il risultato atteso soddisfa il *target* ben oltre il valore atteso del 60% in tutte le Sezioni Dipartimentali.

*Implementazione screening patologia infettiva correlata:* in considerazione dell'elevata incidenza nei pazienti con disturbo da uso di sostanze di patologie infettive quali HIV, HBV e HCV viene effettuata attività di informazione, sensibilizzazione e prevenzione delle suddette patologie al fine

di favorire la partecipazione al relativo *screening*. Tale implementazione sarà a regime nei prossimi mesi per attivazione, (già avvenuta ma non ancora completata), presso tutti servizi del Dipartimento del progetto nazionale di *screening* HCV per l'eliminazione dell'epatite C.

*Interazione con altri servizi coinvolti nel trattamento:* nel 2024 è proseguita l'intensa collaborazione con gli enti territoriali, tra cui il Tribunale dei Minori, il Tribunale di Sorveglianza, la Prefettura, l'USM e l'UDEPE. Le attività svolte hanno riguardato visite domiciliari, prelievi urinari per controlli tossicologici e colloqui psico-socio-educativi nell'ambito degli affidamenti ai sensi degli articoli 89 e 94 del D.P.R. n. 309/1990. Sono state inoltre gestite procedure prefettizie ai sensi degli articoli 75 e 121, relative alla messa alla prova per minori.

Per questi casi è stata fornita la relativa informativa agli enti coinvolti, riguardante minori spesso segnalati dall'Autorità Giudiziaria con problematiche legate all'uso di sostanze psicotrope. È stata prevista la presa in carico congiunta con altri servizi territoriali, come i Consultori Familiari e i Servizi Sociali Comunali, secondo quanto stabilito dai provvedimenti.

*Attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche:* nel corso dell'anno 2024 sono stati realizzati i seguenti progetti di prevenzione:

- Ser.D. di Lecce: Progetto “*Alcol Piacere di conoscerti*” Obiettivi: sensibilizzare e informare gli adolescenti circa le conseguenze dell'alcol sulla salute, al fine di riflettere sui modelli sociali e sulla loro influenza sul comportamento; sviluppare e comprendere i meccanismi psicologici e comportamentali che agiscono come pressione sociale nell'intraprendere l'abitudine all'alcol; sviluppare *life-skills*, verificare i luoghi comuni, conoscere i fattori di rischio e i fattori di protezione in relazione all'uso di alcol. Scuole interessate: Lecce: Liceo Scientifico “Banzi”, Istituto Tecnico “Grazia Deledda” – Tricase: Liceo “Stampacchia”. Operatori impegnati: Pedagogista, Psicologo - Ser.D. Lecce;

L'obiettivo di implementare e diversificare i percorsi di trattamento ambulatoriale per garantire una presa in carico globale dei pazienti con comorbidità, nonché di integrare le risorse territoriali per una piena attuazione della R.R. 10/2017 (U.O.S.V.D. Doppia Diagnosi), è stato raggiunto grazie alla disponibilità e al contributo del direttore dell'U.O. e dei suoi collaboratori, che hanno dimostrato adattabilità, flessibilità e autonomia operativa.

L'ambulatorio è completamente autonomo nella gestione dei vari trattamenti farmacologici, consentendo ai pazienti comorbidi di seguire il loro programma terapeutico all'interno del Servizio.

*Collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per l'inserimento sociale:* anche nel 2024 le Unità Operative e i Ser.D. hanno collaborato attivamente con gli ambiti di zona territoriali per la definizione dei progetti individuali per gli utenti inseriti nei Rei-Red con l'elaborazione di progetti di inclusione per detti soggetti.

*Gestione delle criticità alcol correlate in regime di degenza:* anche nel 2024 il personale medico del Ser.D., d'intesa con il personale dei Pronto Soccorso e delle divisioni ospedaliere, ha effettuato attività di consulenza ai pazienti alcolisti con patologia indotta da alcol.

*Piano Regionale per il contrasto del Gioco d'Azzardo Patologico:* il Dipartimento Dipendenze Patologiche in attuazione del Piano Regionale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico nel 2024 ha proseguito ed avviato le seguenti attività progettuali sull'intero territorio aziendale:

- “*Lazzardo è fare rete*”: progetto di ricerca-intervento di prevenzione e contrasto del Gioco d'azzardo problematico e patologico avviato nel 2023, ancora in fase di attuazione, dal Dipartimento di Scienze Umane e Sociali Storia Società dell'Università del Salento. È un progetto di ricerca sulle abitudini di gioco e sulla rappresentazione psico-sociale delle stesse,

avente come *target* di riferimento un campione rappresentativo della popolazione femminile e della popolazione anziana ultra-sessantacinquenne residente sul territorio provinciale;

- “*Lettere da Hasard*”: progetto, rivolto alla popolazione generale, d’informazione e sensibilizzazione, attraverso la letteratura e il cinema. Presentazione di 10 libri sul tema del gioco d’azzardo patologico presso i dieci distretti socio-sanitari del territorio aziendale e proiezione di 8 film sulla stessa tematica, con successiva discussione e confronto con i presenti. Il progetto è stato realizzato in collaborazione con Il Grillo Editore e il Dipartimento di studi Umanistici dell’Università del Salento;
- “*I.CA.RO - Insieme Contro l’Azzardo*”: progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d’azzardo patologico, avviato nel 2021 e in corso di realizzazione, a cura della Comunità Terapeutica “*Emmanuel*” di Lecce. Nell’anno 2023 le attività hanno coinvolto i docenti, gli studenti e i familiari di vari istituti della scuola di secondo grado;
- “*GAP#GiocaAPPiacerti*”: progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d’azzardo patologico, a cura della Comunità Terapeutica “*L’Arcobaleno*” di Lecce. Le attività hanno coinvolto i docenti, gli studenti e i familiari di vari istituti della scuola primaria e secondaria di primo grado;
- “*A che gioco giochiamo? L’azzardo non è un gioco*” a cura della Comunità Emmaus 3 di Lecce: progetto di prevenzione in ambito scolastico finalizzato al contrasto del gioco d’azzardo patologico;
- “*Gioca Pensa Vinci - Il lato sano del gioco*”: progetto a cura del Teatro Pubblico Pugliese, con programmazione di spettacoli teatrali, laboratori teatrali ed incontri di sensibilizzazione presso diversi Comuni e Istituti scolastici del territorio provinciale.

Inoltre, il Dipartimento Dipendenze Patologiche ha realizzato:

- 10 incontri letterari, tenutisi nei Comuni di Lecce (Distretto di Lecce), Castrignano del Capo (Distretto di Gagliano del Capo), Muro Leccese (Distretto di Maglie), Taviano (Distretto di Gallipoli), Galatina (Distretto di Galatina), Matino (Distretto di Casarano), Melendugno (Distretto di Martano), Nardò (Distretto di Nardò), San Cassiano (Distretto di Poggiardo) e Squinzano (Distretto di Campi Salentina), nel corso dei quali sono state analizzate sia opere letterarie classiche (Il giocatore di Carlo Goldoni, Saggio filosofico e critico sui giuochi di azzardo di Bernardino Cicala) che contemporanee (Azzardo di Alessandra Mureddu, L’animale notturno di Andrea Piva, Ragazzi in gioco di Chiara Patarino). Il *target* degli incontri è stato ampio e variegato: bambini e bambine della scuola primaria, ragazzi e ragazze della scuola secondaria di primo e secondo grado, adulti e anziani di sesso maschile e femminile;
- 8 proiezioni di film, svolte tra il 30 novembre 2024 e il 10 febbraio 2025 nei Comuni di Tricase (Distretto di Gagliano del Capo), Gallipoli (Distretto di Gallipoli), Ruffano (Distretto di Casarano), Squinzano (Distretto di Campi Salentina), Maglie (Distretto di Maglie), Porto Cesareo (Distretto di Nardò), Lecce (Distretto di Lecce) e Poggiardo (Distretto di Poggiardo), in cui sono state analizzate sia pellicole d’autore (Regalo di Natale di Pupi Avati, Anima bella di Dario Albertini e *Gorbaciov* di Stefano Incerti) che *blockbuster* (Il mattino ha l’oro in bocca di Francesco Patierno, *St. Vincent* di Theodore Melfi, Fragile – la storia di Nicolò Fagioli, *Sydney* di Paul Thomas Anderson e le inchieste su mafia e scommesse di Far west). Inoltre, su richiesta del Liceo “Quinto Ennio” di Gallipoli e del Liceo “De Giorgi” di Lecce sono state organizzate 2 proiezioni extra. Il *target* delle proiezioni di film è stato ampio e variegato:

ragazzi e ragazze della scuola secondaria di secondo grado, adulti e anziani di sesso maschile e femminile.

I due Centri specialistici per il trattamento del DGA hanno altresì potenziato l'offerta di trattamento consentendo l'accesso al servizio in più giornate e in orari pomeridiani, grazie al reclutamento di due psicologi-psicoterapeuti a 18 ore settimanali e alla disponibilità degli operatori in organico ai due Centri ad effettuare prestazioni al di fuori dell'orario di servizio (con fondi a valere sulle risorse economiche del piano). Per gli utenti in trattamento per il Disturbo da Gioco d'Azzardo viene redatto protocollo diagnostico e clinico terapeutico. Nel corso dell'anno i due centri sono stati inseriti nel sistema informatizzato Sind-HTH che consentirà l'estrapolazione e l'implementazione dei dati più puntuale.

#### *Governo dei tempi di attesa*

Anche nel 2024 i Servizi del Dipartimento non hanno fatto ricorso a liste d'attesa.

#### Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità

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

#### Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

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

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

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

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

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

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

Si è provveduto, inoltre, alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che – per il Dipartimento Dipendenze Patologiche – nell'anno 2024, si assesta intorno al valore – 49, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 22034 del 05.02.2025.

#### Macro-area obiettivo: Legalità, Trasparenza e Formazione

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

aziendale. Il personale è stato adeguatamente informato delle misure contenute nei programmi citati, mediante apposite riunioni sul tema.

#### Valutazione risultati del Dipartimento Dipendenze Patologiche

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

### **5.6 Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione**

Il Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione assicura gli interventi di riabilitazione sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale con prestazioni ambulatoriali e domiciliari su tutto il territorio provinciale ed è così strutturato:

- U.O.C. Struttura Sovradistrettuale della riabilitazione;
- U.O.S.V.D. Medicina fisica e riabilitativa ospedaliera P.O. Galatina;
- U.O.S.V.D. Recupero e riabilitazione funzionale P.O. V. Fazzi – Lecce;
- U.O.S.V.D. Riabilitazione cardio-respiratoria P.O. San Cesario;
- U.O.S.V.D. Foniatria e riabilitazione disturbi della comunicazione.

#### Macro-area obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

Con riferimento alle strutture ospedaliere (U.O.S.V.D. V. Fazzi e Galatina), nel 2024, sono stati effettuati complessivamente n. 292 ricoveri, superando i volumi concordati, con una degenza media di 26,26 giorni (valore *target*  $\leq 50$  gg.) per la riabilitazione neurologica e con degenza media pari a 19,71 giorni (valore *target*  $\leq 30$  gg) per riabilitazione ortopedica. Tali dati sono in miglioramento rispetto a quelli del 2023.

Le prestazioni ambulatoriali e di consulenza erogate dalle unità operative ospedaliere ammontano complessivamente a n. 4.040, un numero superiore alle prestazioni erogate nel 2023, pari a 3.649.

Anche la U.O.S.V.D. Recupero e Riabilitazione del Presidio di San Cesario ha migliorato l'attività rispetto all'anno precedente, registrando, nel 2024, n. 335 ricoveri in DH e n. 5.622 prestazioni ambulatoriali (vs. n. 285 ricoveri e n. 3.410 prestazioni del 2023).

Relativamente ai servizi territoriali, il risultato atteso dai Presidi Riabilitativi sul totale delle prestazioni per utenti in carico ai servizi a gestione diretta è stato ampiamente raggiunto. Sono state effettuate n. 88.937 prestazioni di riabilitazione (vs 76.030 del 2023) presso le strutture a gestione diretta, assicurando l'abbattimento delle liste di attesa in linea con gli obiettivi del Piano Aziendale di Governo dei Tempi di Attesa; complessivamente gli utenti in carico ai servizi a gestione diretta ammontano a n. 8.763.

La Struttura Sovradistrettuale della riabilitazione ha, inoltre, assicurato il 100% delle verifiche e controlli sui piani riabilitativi individuali dei pazienti presi in carico dalle strutture private accreditate in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare, nel rispetto dei tetti di spesa fissati dalla Regione Puglia.

La U.O.S.V.D. Foniatria e Riabilitazione dei Disturbi della Comunicazione ha assicurato la presa in carico dei pazienti di competenza con disabilità fisiche, sensoriali o miste, secondo le disposizioni aziendali e, compatibilmente con le risorse assegnate, secondo i volumi di attività attesi. Nel corso del 2024 sono stati seguiti n. 658 utenti di cui n. 349 in regime ambulatoriale e n. 309 in regime domiciliare. I dati di attività evidenziano un notevole incremento rispetto all'anno

2023, durante il quale sono stati seguiti n. 358 utenti, di cui n. 308 con PRI ambulatoriale e n. 50 con PRI domiciliari; il numero complessivo di prestazioni erogate è stato pari a 4.609 in incremento sul 2023.

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

#### Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Al fine di assicurare interventi mirati per il contenimento dei costi dell'assistenza farmaceutica, in particolare dell'assistenza protesica, sono state attuate numerose azioni. Tra queste, a seguito della costituzione della commissione aziendale per un "Ambulatorio valutazione protesica di ausili ad alta complessità" al servizio dei distretti, è stata deliberata con D.D.G. n. 65 del 23.01.2024 la procedura di collaudo di protesi, ortesi ed ausili tecnologici e sono state diramate indicazioni operative a prescrittori ed autorizzatori di assistenza protesica.

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

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

Si è provveduto, inoltre, alla liquidazione delle fatture di competenza, rispettando l'indice di tempestività dei pagamenti calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22.09.2014, che – per il Dipartimento Dipendenze di Medicina Fisica e Riabilitazione – nell'anno 2024, è pari a – 45, come comunicato dalla Direzione Generale con nota prot. n. 22034 del 05.02.2025.

#### Macro-area obiettivo: Legalità, trasparenza e formazione

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

#### Valutazione risultati del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione

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

### **5.7 Assistenza Ospedaliera**

Nel corso dell'anno 2024, come si evince nella tabella seguente, presso gli ospedali a gestione diretta sono stati effettuati n. 48.957 ricoveri ordinari con un lieve decremento di n. 58 ricoveri sull'anno 2023, e n. 4.415 ricoveri in *day hospital* con un incremento di n. 387 pari al + 10% sull'anno precedente. La riduzione dei ricoveri è in gran parte correlata al trasferimento delle attività ad alto indice di inappropriatazza in setting assistenziali più adeguati ovvero in *day service*.

MDC		RICOVERI EROGATI NEGLI OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA													
		RICOVERI ORDINARI						RICOVERI DAY HOSPITAL							
		Numero ricoveri		Peso medio		Degenza media		Numero ricoveri		Numero accessi		Peso medio		Accessi medi	
2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024	2023	2024
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.653	2.476	1,37	1,34	9,62	10,50	75	85	195	205	0,85	0,78	2,60	2,41
02	Malattie e disturbi dell'occhio	611	699	0,69	0,69	6,56	5,64	7	7	25	20	0,56	0,51	3,57	2,86
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.206	1.226	0,65	0,63	4,02	3,52	10	17	25	39	0,38	0,42	2,50	2,29
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5.256	5.592	1,34	1,34	11,27	10,66	317	348	859	1.010	0,55	0,50	2,71	2,90
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.895	5.976	1,57	1,54	7,76	7,78	181	235	210	246	1,83	1,84	1,16	1,05
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	5.091	4.844	1,22	1,17	7,04	7,13	294	252	711	640	0,98	0,88	2,42	2,54
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.182	2.162	1,21	1,23	8,25	8,63	52	25	200	118	1,01	1,03	3,85	4,72
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.716	5.391	1,28	1,31	7,55	8,29	336	337	1.118	999	0,94	0,92	3,33	2,96
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.182	1.117	0,88	0,87	4,05	3,70	70	76	130	174	0,68	0,67	1,86	2,29
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	907	1.107	0,60	0,67	5,36	4,92	147	101	531	522	1,06	1,04	3,61	5,17
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.725	2.873	0,93	0,94	7,50	7,55	392	423	1.632	1.773	1,36	1,39	4,16	4,19
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	643	654	0,99	1,00	4,07	3,80	15	4	53	5	0,56	0,53	3,53	1,25
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.379	1.364	0,91	0,92	3,43	3,41	461	636	876	1.114	0,82	0,83	1,90	1,75
14	Gravidanza, parto e puerperio	4.368	4.081	0,53	0,53	3,65	3,65	610	934	1.550	2.065	0,39	0,40	2,54	2,21
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.557	3.453	0,46	0,50	3,71	3,92	2	2	4	5	0,46	0,16	2,00	2,50
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	375	420	0,95	0,92	7,85	8,15	346	278	7.011	6.831	0,91	0,92	20,26	24,57
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	645	745	1,65	1,52	9,30	9,59	154	99	1.236	842	1,12	1,16	8,03	8,51
18	Malattie infettive e parassitarie	1.973	2.069	1,30	1,40	11,10	12,11	64	35	185	67	0,84	0,75	2,89	1,91
19	Malattie e disturbi mentali	1.207	1.160	0,73	0,73	12,23	10,65	158	171	3.432	3.553	0,62	0,62	21,72	20,78
20	abuso di alcool/droge e disturbi mentali organici indotti	39	48	0,50	0,57	7,46	7,54								
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	282	329	0,84	0,77	6,61	7,25	16	12	23	18	0,32	0,50	1,44	1,50
22	Ustioni	8	21	1,25	1,60	13,00	13,86								
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	659	731	0,60	0,60	5,75	4,33	296	323	1.659	2.025	0,39	0,36	5,60	6,27
24	Traumatismi multipli rilevanti	65	75	3,22	3,49	19,68	19,27								
25	DRG non classificabile	19	16	2,03	2,11	16,05	16,50								
00	Altri DRG	372	328	5,36	5,36	15,37	19,57	25	15	43	26	1,94	3,16	1,72	1,73
<b>Totale</b>		<b>49.015</b>	<b>48.957</b>	<b>1,12</b>	<b>1,12</b>	<b>7,38</b>	<b>7,50</b>	<b>4.028</b>	<b>4.415</b>	<b>21.708</b>	<b>22.297</b>	<b>0,85</b>	<b>0,81</b>	<b>5,39</b>	<b>5,05</b>

L'appropriatezza organizzativa risulta in miglioramento, infatti, l'indice di inapproprietezza (rapporto tra ricoveri ordinari  $\geq 2$  gg. attribuiti a DRG "ad alto rischio di inapproprietezza" e ricoveri ordinari attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza) nel 2024 si attesta a 0,14, inferiore al valore registrato nel 2023, pari a 0,17, ed al valore soglia fissato nella Griglia LEA pari a 0,21.

La complessità dei casi trattati rilevabile dal peso medio si attesta, complessivamente, a 1,17 per i ricoveri ordinari e 1,58 per i ricoveri chirurgici, in miglioramento rispetto all'anno 2023 che registrava 1,12 per i ricoveri ordinari e 1,56 per i ricoveri chirurgici.

Sul versante dell'efficienza organizzativa, nel 2024 si mantengono quasi invariate, rispetto al 2023, la degenza media dei ricoveri ordinari, che si attesta a 7,76 giorni negli ospedali a gestione diretta (vs 7,38 nel 2023), e la degenza media preoperatoria, che risulta essere pari a 1,30 giorni vs 1,25 giorni dell'anno 2023.

Con riferimento ai punti nascita, permane qualche criticità connessa ai parti cesarei primari: nel punto nascita del P.O. "V. Fazzi", che supera i 1.000 parti all'anno, l'incidenza dei parti cesari primari si attesta al 22,91%, rientrando nel valore *target* del 25% e in miglioramento rispetto all'anno precedente; negli altri punti nascita, con meno di 1.000 parti all'anno, l'incidenza dei cesari primari si attesta al 13,57% nel punto nascita di Galatina, rientrando nel valore *target* fissato al 15%, mentre i valori registrati negli altri due punti nascita, 25,00% a Gallipoli e 27,41% a Scorrano, risultano superiori al valore *target* del 15%, ma in miglioramento rispetto all'anno 2023.

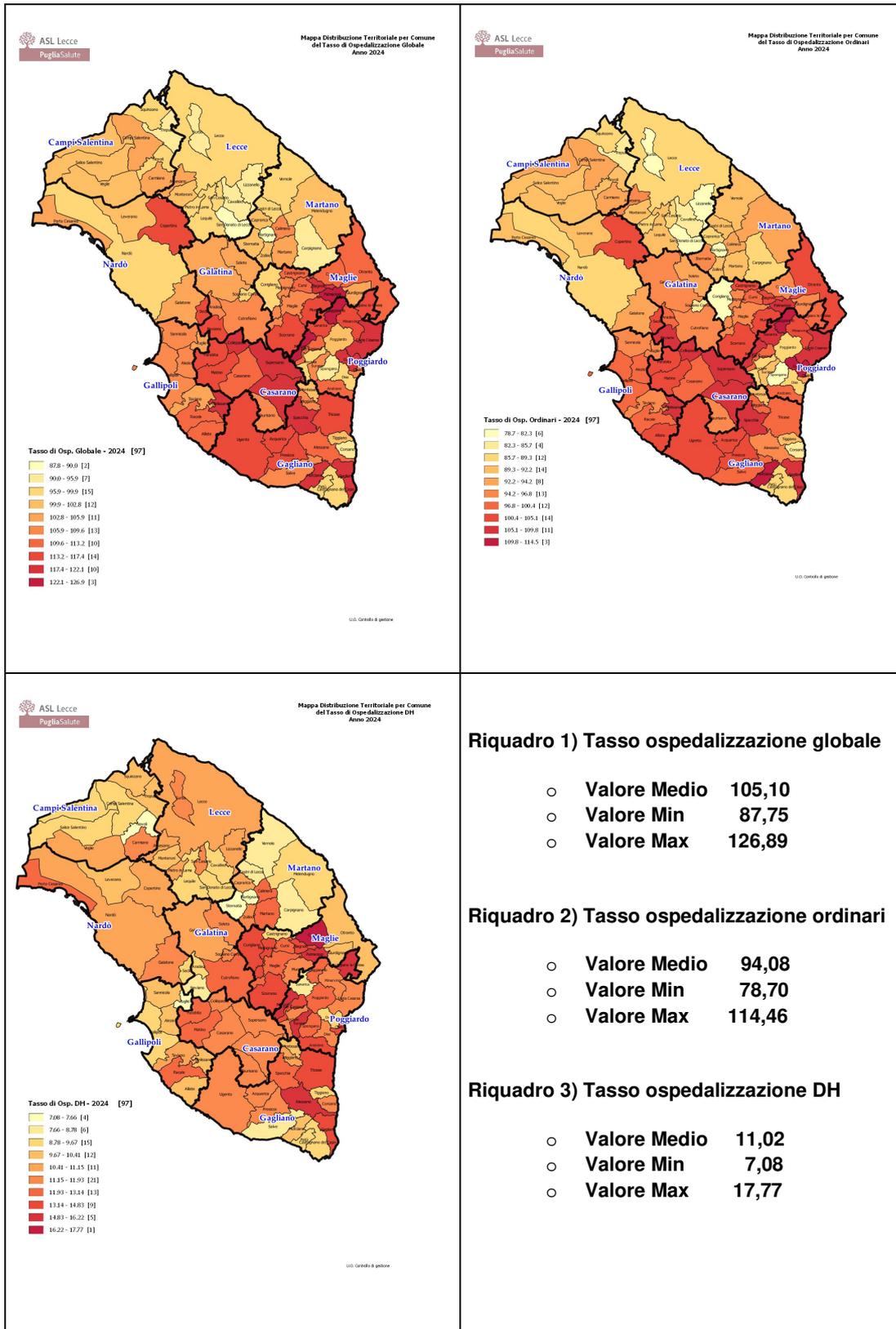
Relativamente alle *performance* per le fratture di femore negli anziani operati entro 2 giorni si registra, nel 2024 l'incidenza complessiva aziendale si attesta al 55,93%; solo l'U.O. di ortopedia e del P.O. di Copertino (98,91%) superano il valore ottimale ( $\geq 60\%$ ) fissato dal Ministero (Griglia LEA), mentre le UU.OO. di ortopedia dei PP.OO. di Casarano (36%), del P.O. Fazzi (45,33%), del P.O. di Scorrano (56,15%) e del P.O. di Gallipoli (40,4%) registrano un'incidenza inferiore al valore *target*.

Nella tabella seguente è riportata la domanda di ospedalizzazione espressa dalla popolazione residente nell'anno 2024:

		2024				
MDC		Strutture a gestione diretta	Strutture Private Accreditate	EE Panico - Tricase	Mobilità Infraregionale	Mobilità Extraregionale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.350	580	1.373	388	880
02	Malattie e disturbi dell'occhio	625	15	510	113	295
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.061	107	549	229	393
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5.560	208	1.416	385	378
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.757	1.915	2.527	334	767
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.666	562	1.539	310	571
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.014	402	848	163	225
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.205	1.776	1.475	654	3.047
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.121	334	501	284	336
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.055	171	311	86	467
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	3.026	390	2.423	347	392
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	551	176	487	165	194
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.885	481	1.089	183	597
14	gravidanza. Parto e puerperio	4.429		1.234	181	130
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.204		1.132	105	3
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	638	31	234	46	71
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	755	21	471	200	387
18	Malattie infettive e parassitarie	1.982	15	688	50	84
19	Malattie e disturbi mentali	1.159	349	36	129	218
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	43	92	3	1	14
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	307	15	77	32	66
22	Ustioni	18		1	26	1
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	924	251	817	105	338
24	Traumatismi multipli rilevanti	62	-	10	3	1
25	DRG non classificabile	10				
00	Altri DRG	345	5	139	70	65
<b>TOTALE</b>		<b>48.752</b>	<b>7.896</b>	<b>19.890</b>	<b>4.589</b>	<b>9.920</b>

Il tasso di ospedalizzazione complessivo della popolazione residente nella provincia di Lecce nel 2024 (dati mobilità passiva extraregionale 2023) si attesta a n. 105,1 ricoveri x 1000 ab., di cui 94,08 ordinari e 11,02 D.H. (Cfr. successiva Fig.1). Con riferimento all'anno precedente, il tasso di ospedalizzazione aziendale complessivo registra una riduzione di 6,93 punti, correlata, come già evidenziato, al miglioramento dell'appropriatezza organizzativa che privilegia *setting* assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero, tra cui il *day service*.

Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza \* 1000 ab. - Anno 2024



**Riquadro 1) Tasso ospedalizzazione globale**

- **Valore Medio** 105,10
- **Valore Min** 87,75
- **Valore Max** 126,89

**Riquadro 2) Tasso ospedalizzazione ordinari**

- **Valore Medio** 94,08
- **Valore Min** 78,70
- **Valore Max** 114,46

**Riquadro 3) Tasso ospedalizzazione DH**

- **Valore Medio** 11,02
- **Valore Min** 7,08
- **Valore Max** 17,77

Con riferimento al tasso di ospedalizzazione standardizzato (x 100.000 ab.) in età adulta ( $\geq 18$ ) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco, come si evince dalla tabella seguente, nel 2024 si rileva una riduzione del tasso BPCO e per scompenso cardiaco. Aumenta, invece, rispetto al 2023, ma in misura minore rispetto al 2022, il tasso di ospedalizzazione per diabete (breve e lungo termine).

Nel complesso, per l'anno 2024, il tasso complessivo di ospedalizzazione (x 100.000 ab.) in età adulta ( $\geq 18$ ) per patologie evitabili risulta pari a 173,13, collocandosi all'interno del valore *target* pari a 200.

	2022	2023	2024
Tasso BPCO	10,32	10,60	10,16
Tasso Diabete Breve Termine	2,36	1,90	2,05
Tasso Diabete Lungo Termine	3,19	1,70	2,47
Tasso Scompenso Cardiaco	149,83	171,44	158,45
Tasso STD Complessivo Patologie evitabili	165,71	185,64	173,13

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

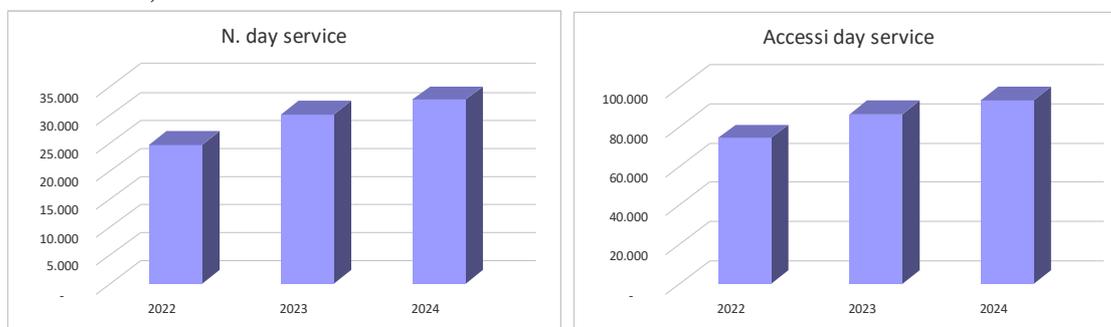
#### Assistenza specialistica ambulatoriale

Nel corso del 2024 sono state erogate complessivamente dalle strutture a gestione diretta 6.933.626 prestazioni specialistiche ad utenti ambulatoriali esterni, al netto di quelle ad accesso diretto: dialisi, pronto soccorso, salute mentale, riabilitazione, etc.

Con riferimento alle specialità, sono state eseguite:

- n. 171.014 prestazioni per attività di radiodiagnostica, con un decremento del 3,81% su 2023;
- n. 5.783.779 esami di patologia clinica, con un incremento del 2,77% su 2023;
- n. 978.833 prestazioni per branche a visita e altre specialità (di cui 502.406 da UU.OO. ospedaliere e 476.427 da UU.OO. distrettuali), con un decremento del 0,13% su 2023.

Come si evince dai seguenti grafici, un incremento maggiore è stato registrato nel 2024 per le prestazioni in *day service*, passando da n. 24.759 del 2022 a n. 30.220 nel 2023 a n. 32.814 nel 2024, con un incremento del 8,58% rispetto all'anno 2023. Nel 2024, inoltre, sono stati registrati n. 32.814 accessi, a fronte di n. 87.071 accessi del 2023.



Le attività in *day service* contribuiscono notevolmente alla riduzione dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri, rappresentando la risposta assistenziale più efficace alla presa in carico dei pazienti con bisogni legati alla cronicità.

## Dipartimento della Rete Ospedaliera

### Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

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

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

L'attività di ricovero è stata orientata al recupero delle liste di attesa sulla base delle priorità e della complessità della domanda assistenziale. Nel corso del 2024 è proseguita l'attività di revisione delle liste di attesa presenti in Edotto stata data ampia priorità all'abbattimento delle liste d'attesa, con una revisione delle agende presenti sui sistemi informativi in uso, finalizzata alla omogeneizzazione del tempario per le prestazioni contemplate nel PNGLA sia per utenti esterni (CUP, WBS), sia per consulenze interne (Edotto).

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

- tasso di dimissioni con DRG "inappropriato"(secondo Patto della Salute 2010-2012 all.5) da strutture pubbliche e private accreditate per residenti in modalità ordinaria per acuti: eccellente il dato relativo alla riduzione dell'inappropriatezza, con contestuale ricorso a *setting* assistenziali alternativi al ricovero ospedaliero per i presidi di Galatina, Copertino e Scorrano, che registrano valori nettamente migliorativi rispetto al *target* fissato in 0,21, con *range* di accettabilità compreso tra 0,21 e 0,24. In miglioramento il dato relativo al P.O. di Casarano rispetto all'anno precedente, con le sole eccezioni dei PP.OO. di Lecce e Gallipoli, che invece registrano un valore superiore al *range* di accettabilità, pari rispettivamente a 0,27 e 0,28;
- percentuale dimissione dai reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni: l'appropriatezza organizzativa della rete ospedaliera si mantiene su ottimi livelli, con l'indice che registra un *trend* in miglioramento sull'intera rete ospedaliera, con valori compresi tra 7,27% e 28,24%;
- tasso di ricovero diurno di tipo medico-diagnostico in rapporto alla popolazione residente: tutti i PP.OO., ad eccezione del P.O. di Galatina, che comunque è in miglioramento rispetto all'anno 2023, si collocano all'interno del valore *target* fissato ( $\leq 35,25\%$ );
- degenza media ricoveri ordinari: sul versante dell'efficienza organizzativa, nel 2024 si registra un valore della degenza media dei ricoveri ordinari della rete ospedaliera che si attesta a in valori compresi tra 7,2 e 8,39 gg., mantenendosi nel *range* di accettabilità (maggiore di 7 e minore di 10 gg.);
- degenza media preoperatoria: ottimo il risultato raggiunto nel 2024 da tutti i PP.OO., ad eccezione del P.O. di Gallipoli, che registra una degenza media preoperatoria pari a 2,25 gg.;
- qualità ed appropriatezza delle cure: numerose le procedure attivate e finalizzate al miglioramento della sicurezza delle cure ed al contenimento dei rischi e che hanno visto coinvolta l'intera rete ospedaliera in stretta collaborazione con la U.O.S.V.D. Rischio Clinico. Risulta implementato inoltre il monitoraggio delle sepsi da ICA con la sorveglianza delle Infezioni da Enterobatteri resistenti ai Carbapememi (CRE) e non è stato registrato nessun *cluster* di Legionellosi;

- **assistenza farmaceutica:** al fine del contenimento di tale spesa, sono stati attuati ed ottimizzati sull'intera rete ospedaliera, i seguenti monitoraggi: 1) monitoraggio consumi prodotti farmaceutici per acquisto diretto di medicinali e di gas medicali; 2) monitoraggio consumi per acquisto dispositivi medici; 3) monitoraggio sovraordinato sugli acquisti e i consumi di dispositivi medici, ivi compresi le protesi; 4) monitoraggio adesione all'impiego dei biosimilari/brevetto scaduto (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTDA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi dei trattamenti in corso; 5) monitoraggio delle prescrizioni presenti nelle lettere di dimissione archiviate all'interno delle cartelle cliniche; 6) registrazione in tempo reale dell'effettivo consumo dei beni farmaceutici sulla procedura informatica MOSS-Armadio di reparto;
- **sanità digitale, flussi informativi e qualità dei dati:** pienamente soddisfatti da tutti i PP.OO. gli obiettivi contenuti nella D.G.R. annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 L.R. n. 4/2010;
- **aspetti economico-finanziari ed efficienza operativa:** sono state attuate tutte le misure atte a garantire il rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario stabilite dalla normativa e dalle disposizioni della Direzione Strategica;
- **legalità, trasparenza e formazione:** la rete ospedaliera ha rispettato gli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione, in attuazione di quanto previsto nel D. Lgs. n. 33/2013 e nella L. n. 190/2012 e s.m.i., e sono stati presentati i piani formativi di UU.OO. per la formazione e aggiornamento professionale del personale dipendente;
- **valutazione partecipativa:** il Dipartimento della Rete ospedaliera, nel corso dell'anno 2024, ha aderito alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'Azienda.

**Valutazione risultati del Dipartimento della Rete Ospedaliera**

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

**Dipartimento Cardiovascolare**

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

DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE														
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto														
CdC	CdCdesc	2022			2023			2024			Diff. 2024 - 2023			Sch. non val. SDO
		ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb	
A11101081	O. FAZZI - CARDIOLOGIA - UTIC	1.389	1	20.710	2.154	-	23.059	2.221	-	25.431	67	-	2.372	
A11101084	O. FAZZI - EMOdinamica	665	5	5.606	1	2	3.996	-	-	3.631	1	2	365	
A11102071	O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	320	-	814	355	-	1.693	364	-	2.687	9	-	994	
A12101081	O. COPERTINO - CARDIOLOGIA	520	-	8.029	482	-	9.748	502	1	9.258	20	1	490	
A13101081	O. GALATINA - CARDIOLOGIA	-	-	8.983	-	-	17.052	-	-	18.507	-	-	1.455	
A14101081	O. CASARANO - CARDIOLOGIA	565	115	10.970	660	115	12.454	657	113	14.534	3	2	2.080	
A15101081	O. SCORRANO - CARDIOLOGIA	514	-	10.331	616	17	15.558	609	58	19.574	7	41	4.016	
A15101082	O. SCORRANO - UTIC	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
A16101081	O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA	566	-	12.967	688	-	14.662	595	-	13.786	93	-	876	2
Totale DIP. CARDIOVASCOLARE		4.539	121	78.411	4.956	134	98.222	4.948	172	107.408	8	38	9.186	2
											-0,16%	28,36%	9,35%	

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):

2024														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101081	O. FAZZI - CARDIOLOGIA	-	36	13.027	99,14%	2.154	13.009	6,04	1.272	59,05%	78	0,04	3.899,29	1,81
A11101083	O. FAZZI - UTIC	-	8	1.030	35,27%	67	646	9,64	28	41,79%	6	0,10	124,50	1,86
A11102071	O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	-	26	8.965	94,47%	364	8.959	24,61	310	85,16%	3	0,01	1.537,29	4,22
A12101081	O. COPERTINO - CARDIOLOGIA	-	12	3.613	82,49%	502	3.651	7,27	2	0,60%	61	0,14	528,48	1,05
A14101081	O. CASARANO - CARDIOLOGIA	-	12	3.765	85,96%	657	3.786	5,76	144	21,92%	55	0,09	712,82	1,08
A15101081	O. SCORRANO - CARDIOLOGIA	-	16	3.835	65,67%	609	4.284	7,03	148	24,30%	51	0,09	774,28	1,27
A16101081	O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA	2	16	3.458	59,21%	595	3.376	5,67	138	23,19%	61	0,11	666,47	1,12

2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. Effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101081	O. FAZZI - CARDIOLOGIA	-	36	12.517	95,20%	2.096	12.543	5,98	1.257	59,97%	47	0,02	3.863,23	1,84
A11101083	O. FAZZI - UTIC	-	8	877	30,03%	58	481	8,29	25	43,10%	1	0,02	128,83	2,22
A11102071	O. FAZZI - CARDIOCHIRURGIA	-	26	9.223	97,19%	355	9.295	26,18	304	85,63%	5	0,01	1.494,11	4,21
A12101081	O. COPERTINO - CARDIOLOGIA	-	12	3.569	81,48%	482	3.590	7,45			69	0,17	491,21	1,02
A14101081	O. CASARANO - CARDIOLOGIA	-	12	3.178	72,56%	660	3.238	4,91	233	35,30%	23	0,04	819,55	1,24
A15101081	O. SCORRANO - CARDIOLOGIA	-	16	3.872	66,30%	616	4.146	6,73	193	31,33%	35	0,06	793,06	1,29
A16101081	O. GALLIPOLI - CARDIOLOGIA	-	16	3.728	63,84%	688	3.734	5,43	161	23,40%	47	0,07	797,08	1,16

**Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria**

Le UU.OO. del Dipartimento Cardiovascolare hanno assicurato la piena soddisfazione della domanda espressa sia pure con qualche difficoltà riscontrata nelle Cardiologie ospedaliere per il raggiungimento dei volumi di ricovero programmati.

**Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità**

L'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza" (Griglia LEA) rileva per tutte le UU.OO. ospedaliere valori sotto la soglia di 0,21, attestandosi tra 0,01 e 0,14.

Permangono alcune criticità sulla degenza media in Cardiochirurgia, dovuta sia a procedure messe in atto per contenere il rischio di diffusione di ICA sia a ricoveri a più elevata intensità di cura, che richiedono un numero maggiore di giornate di assistenza.

**Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica**

Tutte le Unità Operative del Dipartimento Cardiovascolare hanno garantito il rispetto degli obiettivi di contenimento della spesa farmaceutica negoziati, ad eccezione della UOC Cardiologia-UTIC Emodinamica del P.O. V. Fazzi di Lecce, per la quale è stato registrato un aumento della spesa per dispositivi medici, sia in termini assoluti sia in rapporto al valore della produzione.

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

Dipartimento Cardiovascolare				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
CARDIOCHIRURGIA inclusa Terapia Intensiva Cardiovascolare	100%	60%	90%	86
Cardiologia - UTIC - Emodinamica Po Lecce	73%	100%	73%	83
Cardiologia - UTIC PO Scorrano	75%	85%	83%	83
Cardiologia PO Casarano	75%	100%	87%	88
Cardiologia PO Copertino	72%	87%	90%	85
Cardiologia PO Gallipoli	75%	100%	80%	86
Cardiologia PO Galatina	100%	100%	87%	95
Cardiologia Territoriale DSS Lecce	100%	100%	95%	99

### Valutazione risultati del Dipartimento Cardiovascolare

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

### Dipartimento di Medicina e Specialistiche

Il Dipartimento della Medicina e Specialistica consta delle UU.OO. dedicate alla diagnosi, cura e terapia delle principali patologie di area medica ed internistica, con specificità di processi assistenziali.

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

DIPARTIMENTO MEDICINE E SPECIALISTICHE																			
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																			
CdC	CdCDesc	2022				2023				2024				Diff. 2024 - 2023				Sch. non val. SDO	Sch. non val. SDA
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb		
A00106	SERVIZIO PNEUMOTISILOGICO				9.964				9.890				8.869				-	-	1.021
A1110053	O. FAZZI - NUTRIZIONE CLINICA				7.819				9.647				11.556				-	-	1.909
A11101191	O. FAZZI - ENDOCRINOLOGIA	1	83	152	7.017				426	128			7.412				24	10	1.221
A11101241	O. FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	471		176	4.394	500			235	5.484	445		78	436	8.633	-	55	45	455
A11101242	O. FAZZI - DEA COVID MALATTIE INFETTIVE				49				4										4
A11101261	O. FAZZI - MEDICINA - MEDICINA INTERNA	1.008	107	173	2.057	1.364	101		216	2.527	1.509	93	241	3.572	145	23	25	1.045	2
A11101268	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA 2 COVID				15				2										2
A11101321	O. FAZZI - NEUROLOGIA	861		248	7.547	964	5		502	8.931	910	10	809	9.824	-	54	8	307	893
A11101322	O. FAZZI - NEUROLOGIA - STROKE UNIT (DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE)				981				1.360					1.209					151
A11101521	O. FAZZI - DERMATOLOGIA E VENEROLOGIA			8	12.301				80	15.108			141	15.028				61	80
A11101681	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA	437			2.750	496			3.394	572	1		2	4.025	76	1	2	631	1
A11101682	O. FAZZI DEA - PNEUMOLOGIA COVID	713		253	83	123			42					1	123				41
A11201687	O. S. CESARIO - POST-ACUTI COVID	57			50				1					2					1
A11201711	O. S. CESARIO - REUMATOLOGIA			149	6.003				201	8.650			309	9.400				108	750
A12101211	O. COPERTINO - GERIATRIA	353			940	535			1.102	585				2.020	50				918
A12101261	O. COPERTINO - MEDICINA INTERNA	539			966	639			1.740	697				1.811	58				71
A12101262	O. COPERTINO - LUNGODEGENZA					1				7					6				
A12101321	O. COPERTINO - AMBUL. DI NEUROLOGIA				3.777				4.114					4.071					43
A13101241	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	80	143	486	1.130	254	169		372	1.970	351	106	170	2.518	97	28	202	548	2
A13101242	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE - COVID	125			46	48			27	21				11	27				16
A13101261	O. GALATINA - MEDICINA INTERNA	390	83	5	3.458	508	23		17	4.188	538		12	4.750	30	23	-	5	562
A13102581	O. GALATINA - GASTROENTEROLOGIA				2.380				2.511					2.689					178
A14101191	O. CASARANO - ENDOCRINOLOGIA			37	4.621				32	3.885			31	2.796				1	1.089
A14101211	O. CASARANO - GERIATRIA	550			927	655			1.146	669				603	14				543
A14101261	O. CASARANO - MEDICINA INTERNA	693	46	424	3.276	687	90		301	3.313	686	46	304	4.473	-	1	29	3	1.160
A14101262	O. CASARANO - LUNGODEGENZA				41				77					4	36				4
A14101321	O. CASARANO - NEUROLOGIA	479	4	1.472	4.933	464	1		1.278	6.500	436	6	1.110	6.964	-	28	7	168	464
A15101261	O. SCORRANO - MEDICINA INTERNA	1.122	57	123	4.260	1.448	27		136	4.038	1.358	12	126	4.152	90	11	10	114	1
A15101263	O. SCORRANO - LUNGODEGENZA	94			8	169			13	190				13	21				
A15102581	O. SCORRANO - GASTROENTEROLOGIA	674		204	5.841	754			212	6.531	729		188	7.236	-	25		24	705
A16101261	O. GALLIOLI - MEDICINA INTERNA	548	24	2	10.976	738	23		5	11.010	642	24	1	9.328	-	96	9	4	1.682
A16101262	O. GALLIOLI - LUNGODEGENZA	95			8	128			18	89				5	39				13
A16101681	O. GALLIOLI - PNEUMOLOGIA				6	4			38	177				1.246	173				1.208
<b>Totale DIP. MEDICINE E SPECIALISTICHE</b>		<b>9.290</b>	<b>547</b>	<b>3.912</b>	<b>108.583</b>	<b>10.520</b>	<b>567</b>	<b>4.013</b>	<b>124.596</b>	<b>10.688</b>	<b>376</b>	<b>4.160</b>	<b>132.748</b>	<b>168</b>	<b>-66</b>	<b>147</b>	<b>8.152</b>	<b>5</b>	<b>303</b>
														<b>1,60%</b>	<b>-11,58%</b>	<b>3,66%</b>	<b>6,54%</b>		

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2024														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurghi	Nr DRG Inapprop.	Indice Inapprop.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101261	O. FAZZI - MEDICINA - MEDICINA INTERNA	-	52	23.618	124,44%	1.509	23.782	15,76	67	4,44%	114	0,08	1.882,46	1,25
A12101261	O. COPERTINO - MEDICINA INTERNA	-	18	7.479	113,84%	697	7.736	11,10	3	0,43%	53	0,08	808,00	1,16
A13101261	O. GALATINA - MEDICINA INTERNA	-	19	5.840	84,21%	538	6.160	11,45	3	0,56%	27	0,05	726,30	1,35
A14101261	O. CASARANO - MEDICINA INTERNA	-	28	7.311	71,54%	686	7.364	10,73	9	1,31%	26	0,04	900,03	1,31
A15101261	O. SCORRANO - MEDICINA INTERNA	1	31	13.086	115,65%	1.358	13.487	9,93	21	1,55%	14	0,01	1.814,72	1,34
A16101261	O. GALLIPOLI - MEDICINA INTERNA	-	26	8.127	85,64%	642	8.169	12,72	6	0,93%	34	0,06	887,21	1,38
A12101211	O. COPERTINO - GERIATRIA	-	30	6.419	58,62%	585	6.508	11,12	1	0,17%	18	0,03	697,02	1,19
A14101211	O. CASARANO - GERIATRIA	-	20	6.800	93,15%	669	6.815	10,19	9	1,35%	69	0,12	873,81	1,31
A15101263	O. SCORRANO - LUNGODEGENZA	-	8	2.484	85,07%	190	2.485	13,08					232,07	1,22
A12101262	O. COPERTINO - LUNGODEGENZA	-	4	110	7,53%	7	110	15,71					7,91	1,13
A16101262	O. GALLIPOLI - LUNGODEGENZA	-	8	1.612	55,21%	89	1.614	18,13					112,24	1,26
A14101262	O. CASARANO - LUNGODEGENZA	1	12	1.893	43,22%	77	1.894	24,60					103,64	1,35
A11101321	O. FAZZI - NEUROLOGIA	-	27	8.717	88,45%	910	8.645	9,50	158	17,36%	85	0,10	1.423,63	1,56
A14101321	O. CASARANO - NEUROLOGIA	-	18	4.867	74,08%	436	4.809	11,03			107	0,33	434,40	1,00
A11101681	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA	1	20	10.010	137,12%	572	10.169	17,78	18	3,15%	9	0,02	870,81	1,52
A16101681	O. GALLIPOLI - PNEUMOLOGIA	-	15	2.656	48,51%	177	2.702	15,27	5	2,82%			227,64	1,29
A11101682	O.FAZZI DEA - PNEUMOLOGIA COVID	-	20											
A11101241	O. FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	-	18	6.523	99,28%	445	5.941	13,35	12	2,70%	32	0,08	593,93	1,33
A13101241	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	2	12	3.889	88,79%	351	3.889	11,08	5	1,42%	30	0,09	409,57	1,17
A13101242	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE - COVID	-	3	303	27,67%	21	306	14,57					19,92	0,95
A15102581	O. SCORRANO - GASTROENTEROLOGIA	-	16	4.952	84,79%	729	5.467	7,50	14	1,92%	119	0,20	753,36	1,03
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurghi	Nr DRG Inapprop.	Indice Inapprop.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101261	O. FAZZI - MEDICINA - MEDICINA INTERNA	2	52	21.011	110,70%	1.364	21.147	15,50	43	3,15%	105	0,08	1.625,27	1,19
A12101261	O. COPERTINO - MEDICINA INTERNA	-	18	7.065	107,53%	639	7.178	11,23	1	0,16%	54	0,09	721,69	1,13
A13101261	O. GALATINA - MEDICINA INTERNA	-	19	5.892	84,96%	508	6.078	11,96	2	0,39%	32	0,07	684,33	1,35
A14101261	O. CASARANO - MEDICINA INTERNA	-	28	7.157	70,03%	687	7.246	10,55	7	1,02%	23	0,03	907,27	1,32
A15101261	O. SCORRANO - MEDICINA INTERNA	-	31	12.916	114,15%	1.448	13.312	9,19	27	1,86%	26	0,02	1.844,07	1,27
A16101261	O. GALLIPOLI - MEDICINA INTERNA	-	26	8.082	85,16%	738	8.206	11,12	4	0,54%	35	0,05	903,86	1,22
A12101211	O. COPERTINO - GERIATRIA	-	30	6.405	58,49%	535	6.546	12,24	3	0,56%	8	0,02	658,48	1,23
A14101211	O. CASARANO - GERIATRIA	-	20	6.421	87,96%	655	6.437	9,83	8	1,22%	52	0,09	846,53	1,29
A15101263	O. SCORRANO - LUNGODEGENZA	-	8	2.040	69,86%	169	2.040	12,07	2	1,18%			199,71	1,18
A12101262	O. COPERTINO - LUNGODEGENZA	-	4	14	0,96%	1	14	14,00					1,03	1,03
A16101262	O. GALLIPOLI - LUNGODEGENZA	-	8	1.754	60,07%	128	1.755	13,71					155,16	1,21
A14101262	O. CASARANO - LUNGODEGENZA	-	12	898	20,50%	41	898	21,90					57,46	1,40
A11101321	O. FAZZI - NEUROLOGIA	-	27	8.683	88,11%	964	8.622	8,94	143	14,83%	116	0,14	1.438,68	1,49
A14101321	O. CASARANO - NEUROLOGIA	-	18	4.386	66,76%	464	4.322	9,31	2	0,43%	86	0,23	484,98	1,05
A11101681	O. FAZZI - PNEUMOLOGIA	3	20	10.092	138,25%	496	10.309	20,78	8	1,61%	6	0,01	753,15	1,52
A16101681	O. GALLIPOLI - PNEUMOLOGIA	-	15	14	0,26%	4	14	3,50					4,90	1,22
A11101682	O.FAZZI DEA - PNEUMOLOGIA COVID	2	20	2.098	28,74%	123	1.971	16,02					218,67	1,78
A11101241	O. FAZZI - MALATTIE INFETTIVE	-	18	7.184	109,35%	500	7.001	14,00	13	2,60%	32	0,07	658,01	1,32
A13101241	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE	-	12	3.123	71,30%	254	3.138	12,35	2	0,79%	15	0,06	306,09	1,21
A13101242	O. GALATINA - MALATTIE INFETTIVE - COVID	-	3	661	60,37%	48	661	13,77					40,09	0,84
A15102581	O. SCORRANO - GASTROENTEROLOGIA	-	16	4.872	83,42%	754	5.119	6,79	2	0,27%	113	0,18	733,68	0,97

**Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria**

Le UU.OO. del Dipartimento di Medicina e Specialistiche hanno assicurato la piena soddisfazione della domanda espressa sia pure con qualche difficoltà, rispetto ai volumi attesi, riscontrata nelle Medicine di Galatina e Gallipoli e nella Geriatria e Neurologia di Casarano.

**Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità**

L'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriatezza" (Griglia LEA) rileva per quasi tutte le UU.OO. ospedaliere valori sotto la soglia di 0,21, attestandosi tra 0,01 e 0,20, ad eccezione della Neurologia di Casarano che registra un valore pari a 0,33.

Permangono alcune criticità sulla degenza media sia pure in miglioramento rispetto all'anno precedente, e sul ricorso ai DH di tipo diagnostico, sia pure esiguo in valore assoluto, ampiamente bilanciato dai volumi di day service.

**Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica**

Permangono delle criticità sul contenimento della spesa farmaceutica in particolare per le medicine specialistiche in quanto le patologie trattate richiedono il ricorso a farmaci ad alto costo.

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

Dipartimento Medicine Specialistiche				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
MEDICINA GENERALE PO FAZZI	100%	68%	90%	88
MEDICINA GENERALE PO CASARANO	100%	80%	83%	89
MEDICINA GENERALE PO COPERTINO	100%	87%	73%	89
MEDICINA GENERALE PO GALATINA	92%	79%	83%	87
MEDICINA GENERALE PO GALLIPOLI	60%	80%	93%	81
MEDICINA GENERALE PO SCORRANO	100%	73%	67%	85
GERIATRIA PO CASARANO	60%	80%	90%	82
NEUROLOGIA PO CASARANO	88%	53%	70%	76
GERIATRIA PO COPERTINO	100%	87%	87%	92
DERMATOLOGIA - ALLERGOLOGIA PO FAZZI	100%	100%	90%	95
ENDOCRINOLOGIA PO FAZZI	75%	100%	83%	84
MALATTIE INFETTIVE PO FAZZI	80%	87%	93%	89
NEUROLOGIA PO FAZZI	100%	67%	83%	86
DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA PO FAZZI	100%	100%	87%	94
PNEUMOLOGIA PO FAZZI	100%	67%	93%	89
MALATTIE INFETTIVE PO GALATINA	100%	67%	80%	85
PNEUMOLOGIA PO GALATINA	93%	80%	90%	88
REUMATOLOGIA PO SAN CESARIO	100%	100%	97%	98
GASTROENTEROLOGIA PO SCORRANO	100%	67%	73%	83
SERVIZIO PNEUMOTISIOLOGICO	100%	100%	87%	95
DIABETOLOGIA TERRITORIALE	100%	-	96%	87

### Valutazione risultati del Dipartimento di Medicina e Specialistiche

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

### Dipartimento Nefrodialitico e Urologico

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

DIPARTIMENTO NEFRODIALITICO E UROLOGICO																			
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																			
CdC	CdcDsc	2022				2023				2024				Diff. 2024 - 2023				Sch. non val.	Sch. non val.
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	SDO	SDA
A11101291	O. FAZZI - NEFROLOGIA	402	179	35	2.291	428	186	50	3.109	450	240	53	3.042	22	134	3	67	6	1
A11101292	O. FAZZI - DIALISI	-	-	-	13.959	-	-	8	11.215	-	-	11	11.584	-	-	3	369	-	3
A11102432	O. FAZZI - UROLOGIA	1.117	147	82	5.229	1.295	165	132	8.016	1.467	208	114	9.441	172	112	18	1.425	-	1
A13101291	O. GALATINA - NEFROLOGIA	125	90	-	1.131	204	114	-	1.584	325	126	-	2.103	121	54	-	519	1	-
A13101292	O. GALATINA - DIALISI	-	-	-	11.989	-	-	-	10.550	-	-	-	10.514	-	-	-	36	-	-
A13102431	O. GALATINA - UROLOGIA	-	-	-	1.068	-	-	-	1.299	-	-	-	-	-	-	-	1.299	-	-
A14101291	O. CASARANO - NEFROLOGIA	-	-	11	262	-	1	15	231	-	-	9	226	-	1	6	-	5	-
A14101292	O. CASARANO - DIALISI	-	-	-	15.905	-	-	-	12.197	-	-	-	903	-	-	-	11.294	-	-
A14102431	O. CASARANO - UROLOGIA	767	66	435	5.127	817	67	497	6.293	767	64	478	7.274	50	18	19	981	-	-
A15101291	O. SCORRANO - DIALISI	-	-	95	11.840	-	-	121	12.434	-	-	174	17.756	-	-	-	5.322	-	-
A16101291	O. GALLIPOLI - DIALISI	-	-	-	8.459	-	-	2	6.656	-	-	-	5.689	-	-	2	967	-	-
A21101004	D.S.S. CAMPI - DIALISI	-	-	-	10.251	-	-	-	7.200	-	-	-	8.102	-	-	-	902	-	-
Totale DIP. NEFROUROLOGICO		2.411	482	658	87.511	2.744	533	825	80.784	3.009	638	839	76.634	265	318	14	4.150	7	5
														9,66%	59,60%	1,70%	-5,14%		

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2024														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. Effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101291	O. FAZZI - NEFROLOGIA	6	17	6.938	111,81%	450	7.103	15,78	63	14,00%	38	0,09	562,88	1,25
A11102432	O. FAZZI - UROLOGIA	-	18	6.440	98,02%	1.467	6.308	4,30	1.020	69,53%	430	0,41	1.443,56	0,98
A13101291	O. GALATINA - NEFROLOGIA	1	10	3.528	96,66%	325	3.524	10,84	51	15,69%	12	0,04	428,76	1,32
A14102431	O. CASARANO - UROLOGIA	-	16	4.246	72,71%	767	4.180	5,45	492	64,15%	202	0,36	650,12	0,85
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. Effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101291	O. FAZZI - NEFROLOGIA	1	17	6.526	105,17%	428	6.583	15,38	68	15,89%	32	0,08	537,93	1,26
A11102432	O. FAZZI - UROLOGIA	-	18	5.747	87,47%	1.295	5.758	4,45	898	69,34%	375	0,41	1.291,90	1,00
A13101291	O. GALATINA - NEFROLOGIA	1	10	2.751	75,37%	204	2.753	13,50	14	6,86%	7	0,04	243,25	1,19
A14102431	O. CASARANO - UROLOGIA	-	16	4.548	77,88%	817	4.468	5,47	547	66,95%	205	0,33	679,11	0,83

### Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

Le UU.OO. del Dipartimento Nefrodialitico e Urologico hanno assicurato la piena soddisfazione della domanda espressa rispetto ai volumi attesi.

### Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità

L'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza" (Griglia LEA) rileva buone performance nei reparti di Nefrologia (0,04 e 0,09) qualche criticità permane nei reparti di Urologia (0,36 e 0,41).

Permangono alcune criticità sulla degenza media nelle U.O. di Nefrologia legate alla difficoltà di dimettere pazienti molto spesso anziani e/o fragili, che necessitano di *setting* assistenziali strutturati (ADI, RSA, Ospedali di Comunità) non sempre disponibili, problematica comune a tutte le branche mediche.

### Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Qualche criticità sul contenimento della spesa farmaceutica si riscontra per la Nefrologia del P.O. V. Fazzi e la Dialisi di Casarano.

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

Dipartimento Nefro - Urologico				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
Urologia Casarano	87%	49%	87%	80
Nefrologia Fazzi	100%	80%	77%	86
Urologia Fazzi	87%	67%	83%	83
Nefrologia Galatina	100%	80%	90%	92
Dialisi Casarano	100%	100%	77%	90
Dialisi Gallipoli	100%	100%	83%	92
Dialisi Scorrano	100%	100%	80%	93

### Valutazione risultati del Dipartimento Nefrodialitico e Urologico

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

### Dipartimento Oncoematologico

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

DIPARTIMENTO ONCOEMATOLOGICO																		
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																		
CdC	CdcDesc	2022				2023				2024				Diff. 2024 - 2023				Sch. non val.
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	
A11101181	O. FAZZI - EMATOLOGIA	277	168	1.470	5.965	293	219	1.610	38.666	284	195	1.687	51.283	9	41	77	12.617	13
A11101267	O. FAZZI - ONCOLOGIA	452		2.332	17.408	494		2.650	19.446	553		2.456	33.865	59		194	14.419	86
A11104741	O. FAZZI - RADIOTERAPIA				114.218				129.751				81.370					
A13101266	O. GALATINA - MEDICINA - ONCOLOGIA			101				55	3				407				55	404
A14101641	O. CASARANO - ONCOLOGIA			899	5.679			1.100	8.518			1.361	8.076			261	442	1
A15101264	O. SCORRANO - ONCOLOGIA			406	2.041		48	502	2.496		28	468	7.031		11	34	4.535	
A16101263	O. GALLIPOLI - ONCOLOGIA	259		1.093	5.734	345	1	1.260	5.136	417		1.910	11.136	72	1	650	6.000	13
Totale DIP. ONCOEMATOLOGICO		988	168	6.301	151.045	1.132	268	7.177	204.016	1.254	223	7.882	193.168	122	29	705	10.848	113
														10,78%	10,95%	9,82%	-5,32%	

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2024														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inapprop.	Indice Inapprop.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101181	O. FAZZI - EMATOLOGIA	-	16	4.716	80,75%	284	4.576	16,11	33	11,62%	122	0,75	725,22	2,55
A11101267	O. FAZZI - ONCOLOGIA	-	18	6.313	96,09%	553	6.250	11,30	93	16,82%	89	0,19	703,51	1,27
A16101263	O. GALLIPOLI - ONCOLOGIA	-	12	4.705	107,42%	417	4.946	11,86	30	7,19%	54	0,15	505,68	1,21
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inapprop.	Indice Inapprop.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11101181	O. FAZZI - EMATOLOGIA	1	16	4.920	84,25%	293	4.613	15,74	53	18,09%	94	0,47	963,33	3,29
A11101267	O. FAZZI - ONCOLOGIA	-	18	5.432	82,68%	494	5.456	11,04	90	18,22%	64	0,15	642,44	1,30
A16101263	O. GALLIPOLI - ONCOLOGIA	-	12	3.887	88,74%	345	4.019	11,65	13	3,77%	18	0,06	447,69	1,30

### Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

Le UU.OO. del Dipartimento Oncoematologico hanno assicurato la piena soddisfazione della domanda espressa nel rispetto dei volumi attesi.

### Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità

L'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza" (Griglia LEA) rileva buone *performance* nei reparti di Oncologia (0,15 e 0,19) qualche criticità permane nel reparto di Ematologia (0,75), dove si registra un notevole miglioramento dell'appropriatezza in DH.

Permangono alcune criticità sulla degenza media legate alla difficoltà di dimettere pazienti molto spesso anziani e/o fragili, che necessitano di *setting* assistenziali strutturati (ADI, RSA, *Hospice*) non sempre disponibili, problematica comune a tutte le branche mediche.

### Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Il contenimento della spesa farmaceutica risulta particolarmente critico nell'ambito delle cure oncologiche. Infatti, vengono impiegate ingenti risorse per sostenere il costo dei farmaci (spesso ad alto costo) conseguenza anche della ricerca e innovazione che rende disponibili nuovi farmaci con migliori *outcome* di salute ovvero per il trattamento di patologie non precedentemente trattate. Il dato correla, inoltre, con dati di incidenza e di prevalenza tumorale aumentati, da una parte legati

ad un aumento delle nuove diagnosi ma anche ad una maggiore sopravvivenza per alcune tipologie di tumore.

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

Dipartimento Oncoematologico				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
Oncologia PO Lecce	100%	87%	87%	91
Oncologia Po Gallipoli	100%	80%	73%	85
Oncologia Casarano	100%	100%	83%	93
Oncologia PO Scorrano	100%	100%	74%	90
Ematologia PO Lecce	100%	60%	80%	82
Radioterapia PO Lecce	100%	100%	0%	90

### Valutazione risultati del Dipartimento Oncoematologico

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

### Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche

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

DIPARTIMENTO CHIRURGIA E SPECIALISTICHE																					
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																					
CdC	CdCDec	2022				2023				2024				Diff. 2024 - 2023				Sch. non val.	Sch. non val.		
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb				
A11102091	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	1.672		2	3.200	1.926		221	4.075	1.930		238	5.358	4		17	1.283	1			
A11102094	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE - GASTROENTEROLOGIA				3.460				3.738				4.091			-	353				
A11102095	O. FAZZI - ODONTOSTOMATOLOGIA			491	2.025			1.096	1.801			1.165	1.770			69	-	31	65		
A11102121	O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	486		1.507	5.971	511		1.669	6.756	559		2.134	7.755	48		465	999				
A11102131	O. FAZZI - CHIRURGIA TORACICA	481	18	1.325	3.210	540	8	1.669	2.765	566	-	2.134	3.064	26	8	-	299				
A11102341	O. FAZZI - OTALMOLOGIA	594		1.325	3.210	604		2.315	7.060	677		2.471	8.381	73		156	1.321	9			
A11102381	O. FAZZI - OTORINOLARINGOIATRIA	695	1	228	8.686	824	-	303	10.030	878	1	209	12.425	54	1	94	2.395	1	3		
A12102091	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE - AMBUL. ENDOSC. DIGESTIVA				1.218				1.576				1.407			-	169				
A12102093	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE - OCULISTICA				102				298				2.448			-	2.150				
A12102095	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	1.371	63	-	4.234	928	6	344	5.698	815	-	588	5.020	113	6	244	-	678			
A13102091	O. GALATINA - CHIRURGIA	406	5	488	929	397	9	714	1.192	356	2	775	1.321	41	6	61	129	3			
A13102341	O. GALATINA - OCULISTICA			679	377			598	144			612	51			14	93				
A13102381	O. GALATINA - OTORINOLARINGOIATRIA				5				-			1				-	1				
A14102091	O. CASARANO - CHIRURGIA	580	109	7	2.641	533	114	12	2.911	406	122	59	2.401	127	49	47	-	510			
A14102092	O. CASARANO - CHIRURGIA - AMBUL. DI OCULISTICA				137				182				153			-	29				
A14102093	O. CASARANO - CHIRURGIA - AMBUL. DI OTORINO				5.971				6.522				3.320			-	3.202				
A15102091	O. SCORRANO - CHIRURGIA	937	58	13	3.623	884	189	16	3.357	941	147	25	3.797	57	7	9	440		2		
A15102092	O. SCORRANO - CHIRURGIA - AMBUL. DI OTORINO			33	1.768			39	1.796			87	3.379			48	1.583				
A16102091	O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	812	-	1	6.819	969	6	-	6.531	795	5	-	6.578	174	1	-	47	2	17		
A16102341	O. GALLIPOLI - OCULISTICA			661	794			667	856			985	1.385			318	529				
A16102381	O. GALLIPOLI - OTORINO			198	2.330			188	2.491			193	2.754			5	263				
Totale DIP. CHIR. SPECIALISTICHE		8.034	254	5.633	59.228	8.116	332	8.182	69.779	7.923	277	9.541	76.859	193	37	1.359	7.080	4	99		
														-2,38%	11,24%	16,61%	10,15%				

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2024														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissionel)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappropr.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11102091	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	1	40	11.884	81,40%	1.930	11.487	5,95	1.515	78,50%	263	0,16	3.000,03	1,55
A11102121	O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	-	8	2.104	72,05%	559	2.024	3,62	505	90,34%	356	1,75	673,30	1,20
A11102131	O. FAZZI - CHIRURGIA TORACICA	-	20	2.381	32,62%	566	2.225	3,93	421	74,38%	21	0,04	1.034,95	1,83
A11102341	O. FAZZI - OFTALMOLOGIA	-	10	3.809	104,36%	677	3.792	5,60	505	74,59%	522	3,37	503,23	0,74
A11102381	O. FAZZI - OTORINOLARINGOIATRIA	1	20	3.770	51,64%	878	3.980	4,53	460	52,39%	538	1,58	775,39	0,88
A12102095	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	-	22	4.030	50,19%	815	4.137	5,08	449	55,09%	264	0,48	912,72	1,12
A13102091	O. GALATINA - CHIRURGIA	-	4	525	35,96%	356	535	1,50	348	97,75%	175	0,97	315,75	0,89
A14102091	O. CASARANO - CHIRURGIA	-	25	3.162	34,65%	406	3.212	7,91	278	68,47%	117	0,40	537,48	1,32
A15102091	O. SCORRANO - CHIRURGIA	-	21	5.822	75,96%	941	5.928	6,30	694	73,75%	224	0,31	1.232,88	1,31
A16102091	O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	2	20	6.099	83,55%	795	6.205	7,81	543	68,30%	314	0,65	856,98	1,08
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissionel)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappropr.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11102091	O. FAZZI - CHIRURGIA GENERALE	1	40	10.530	72,12%	1.926	10.581	5,49	1.462	75,91%	300	0,18	2.991,93	1,55
A11102121	O. FAZZI - CHIRURGIA PLASTICA E RICOSTRUTTIVA	3	8	1.920	65,75%	511	1.985	3,88	485	94,91%	317	1,63	627,34	1,23
A11102131	O. FAZZI - CHIRURGIA TORACICA	-	20	3.294	45,12%	540	2.915	5,40	319	59,07%	22	0,04	908,56	1,68
A11102341	O. FAZZI - OFTALMOLOGIA	1	10	4.057	111,15%	604	4.032	6,68	433	71,69%	457	3,11	454,74	0,75
A11102381	O. FAZZI - OTORINOLARINGOIATRIA	-	20	3.771	51,66%	824	3.987	4,84	419	50,85%	497	1,52	735,68	0,89
A12102095	O. COPERTINO - CHIRURGIA GENERALE	-	22	4.345	54,11%	928	4.462	4,81	529	57,00%	373	0,67	999,80	1,08
A13102091	O. GALATINA - CHIRURGIA	-	4	600	41,10%	397	611	1,54	391	98,49%	184	0,86	367,71	0,93
A14102091	O. CASARANO - CHIRURGIA	-	25	3.798	41,62%	533	3.899	7,32	387	72,61%	132	0,33	745,74	1,40
A15102091	O. SCORRANO - CHIRURGIA	-	21	5.922	77,26%	884	6.172	6,98	615	69,57%	169	0,24	1.267,82	1,43
A16102091	O. GALLIPOLI - CHIRURGIA	1	20	7.454	102,11%	969	7.617	7,86	710	73,27%	376	0,63	1.071,72	1,11

### Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

Le UU.OO. del Dipartimento Chirurgia e Specialistiche hanno assicurato la soddisfazione della domanda espressa, sia pure con qualche difficoltà stante la carenza di personale medico specialista e/o di anestesisti. Tale criticità ha comportato una rimodulazione, in corso d'anno, dei volumi attesi. Si è, inoltre, provveduto alla revisione delle liste di attesa e ad una ottimizzazione/ incremento delle sedute di sala operatoria ricorrendo alle prestazioni aggiunti degli anestesisti.

### Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità

L'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriatezza" (Griglia LEA) rileva criticità in quasi tutte le Unità Operative del Dipartimento, ad eccezione di alcune buone performance registrate nella Chirurgia generale e nella Chirurgia Toracica del P.O. V. Fazzi (0,16 e 0,04).

Diverse sono le criticità legate alla degenza media, soprattutto pre-operatoria, dovute a problemi organizzativi inerenti alla disponibilità di personale anestesista e, quindi, alla programmazione delle sedute operatorie. Per tale ragione, anche l'indicatore relativo al numero di intervento per K colon ha subito un'inflexione rispetto all'anno precedente in alcune Unità Operative di Chirurgia, identificate come *spoke* dalla D.G.R. n. 1103/2020 (Gallipoli e Copertino). Tuttavia, la domanda di salute è stata assorbita dalle UU.OO. di Lecce e Scorrano, che hanno registrato un incremento della casistica suddetta.

### Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Buone performance si registrano nel contenimento della spesa farmaceutica, ad eccezione di alcune Unità Operative di Chirurgia, per le quali la complessità della casistica genera costi più sostenuti nell'ambito dei dispositivi medici utilizzati.

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

Dipartimento Chirurgie e Specialistiche				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
Chirurgia Generale PO Lecce	100%	100%	73%	92
Chirurgia Generale PO Scorrano	97%	75%	67%	83
Chirurgia Generale PO Gallipoli	94%	55%	90%	82
Chirurgia Generale PO Copertino	97%	69%	87%	86
Week Surgery Galatina	67%	78%	90%	83
Chirurgia Generale PO Casarano	100%	62%	80%	85
Chirurgia Toracica PO Lecce	100%	100%	83%	95
Chirurgia Plastica PO Lecce	92%	88%	87%	91
Day Service Oculistico Integrato Ospedale - Territorio	100%	100%	95%	99
Odontostomatologia PO Lecce	100%	100%	100%	100
Oftalmologia PO Lecce	97%	84%	83%	90
Otorinolaringoiatria PO Lecce	90%	60%	90%	84
Oculistica PO Gallipoli	100%	100%	85%	96
Otorinolaringoiatria PO Gallipoli	100%	100%	74%	89
Otorinolaringoiatria PO Scorrano	100%	100%	95%	98

**Valutazione risultati del Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche**

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

**Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico**

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

DIPARTIMENTO ORTOPEDICO TRAUMATOLOGICO																		
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																		
CdC	CdCDesc	2022				2023				2024				Diff. 2024 - 2023				Sch. non val.
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	
A11102301	O. FAZZI - NEUROCHIRURGIA	506	-	8	4.406	494	1	20	4.931	363	-	16	4.819	- 131	- 1	- 4	- 112	7
A11102361	O. FAZZI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	1.714	4	-	7.431	1.658	20	-	7.736	1.539	38	-	12.287	- 119	31	-	4.551	-
A12102361	O. COPERTINO - ORTOPEDIA	944	2	-	6.003	841	3	185	6.359	743	49	390	7.549	- 98	62	205	1.190	-
A13102361	O. GALATINA - ORTOPEDIA	-	-	-	110	-	-	-	100	-	-	-	16	-	-	-	84	-
A14102361	O. CASARANO - ORTOPEDIA	775	8	90	7.689	837	91	180	7.696	872	72	88	6.772	35	5	92	924	-
A15102361	O. SCORRANO - ORTOPEDIA	928	139	144	9.432	961	154	181	10.636	871	166	156	9.908	- 90	67	25	728	-
A16102361	O. GALLIPOLI - ORTOPEDIA	1.024	-	122	7.005	1.034	1	113	7.065	933	-	89	7.464	- 101	- 1	24	399	-
<b>Totale DIP. ORTO.TRAUMATOLOGICO</b>		<b>5.891</b>	<b>153</b>	<b>364</b>	<b>42.076</b>	<b>5.825</b>	<b>270</b>	<b>679</b>	<b>44.523</b>	<b>5.321</b>	<b>325</b>	<b>739</b>	<b>48.815</b>	<b>- 504</b>	<b>163</b>	<b>60</b>	<b>4.292</b>	<b>7</b>
														<b>-8,65%</b>	<b>60,49%</b>	<b>8,84%</b>	<b>9,64%</b>	

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2024														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11102301	O. FAZZI - NEUROCHIRURGIA	6	33	4.952	41,11%	363	4.697	12,94	202	55,65%	36	0,11	768,97	2,12
A11102361	O. FAZZI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-	36	13.718	104,40%	1.539	13.815	8,98	1.418	92,14%	451	0,41	2.090,14	1,36
A12102361	O. COPERTINO - ORTOPEDIA	-	22	4.788	59,63%	743	4.810	6,47	689	92,73%	74	0,11	1.194,88	1,61
A14102361	O. CASARANO - ORTOPEDIA	-	23	5.649	67,29%	872	5.745	6,59	799	91,63%	273	0,46	1.137,54	1,30
A15102361	O. SCORRANO - ORTOPEDIA	-	21	7.441	97,08%	871	7.586	8,71	753	86,45%	168	0,24	1.236,39	1,42
A16102361	O. GALLIPOLI - ORTOPEDIA	-	22	6.515	81,13%	933	6.544	7,01	674	72,24%	275	0,42	1.097,20	1,18
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11102301	O. FAZZI - NEUROCHIRURGIA	22	33	6.240	51,81%	494	6.118	12,38	288	58,30%	39	0,09	1.058,87	2,14
A11102361	O. FAZZI - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	3	36	13.313	101,32%	1.658	13.499	8,14	1.527	92,10%	564	0,52	2.149,47	1,30
A12102361	O. COPERTINO - ORTOPEDIA	-	22	4.903	61,06%	841	4.954	5,89	701	83,35%	296	0,54	999,35	1,19
A14102361	O. CASARANO - ORTOPEDIA	-	23	5.351	63,74%	837	5.395	6,45	715	85,42%	158	0,23	1.246,26	1,49
A15102361	O. SCORRANO - ORTOPEDIA	-	21	6.833	89,15%	961	7.056	7,34	827	86,06%	190	0,25	1.344,95	1,40
A16102361	O. GALLIPOLI - ORTOPEDIA	-	22	6.328	78,80%	1.034	6.358	6,15	768	74,27%	320	0,45	1.238,01	1,20

### Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria

Le UU.OO. del Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico hanno assicurato la soddisfazione della domanda espressa, sia pure con qualche difficoltà stante la carenza di personale medico specialista e/o di anestesisti. Tale criticità ha comportato una rimodulazione, in corso d'anno, dei volumi attesi. Si è, inoltre, provveduto alla revisione delle liste di attesa e ad una ottimizzazione/ incremento delle sedute di sala operatoria ricorrendo alle prestazioni aggiunti degli anestesisti.

Il dipartimento ha proseguito a lavorare secondo un modello di attività basato su *équipe* mobili, che operano spostandosi nei centri periferici, a seconda degli interventi da effettuare, attuando un modello innovativo per scongiurare il rischio della sospensione dell'attività di alcuni reparti, talvolta paventato a causa della carenza di personale.

### Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità

L'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriatezza" (Griglia LEA) rileva criticità in quasi tutte le Unità Operative del Dipartimento, ad eccezione delle UU.OO. di Ortopedia del P.O. di Copertino e di Neurochirurgia del P.O. V. Fazzi (0,11).

Positivi risultano anche gli indicatori relativi alla degenza media e alla degenza pre-operatoria, che si collocano nel valore soglia ovvero nel *range* di accettabilità ad eccezione della Neurochirurgia del P.O. V. Fazzi. Criticità permangono per l'indicatore relativo alle fratture di femore negli *over 65* anni operati entro 48 ore. Tutte le UU.OO. di Ortopedia si collocano, infatti, al di sotto del valore soglia  $\geq 60\%$ , ad eccezione dell'Ortopedia del P.O. di Copertino, che raggiunge il valore di 98,91%.

### Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica

Criticità permangono sugli indicatori relativi al contenimento della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici sia in valore assoluto che in rapporto al valore della produzione.

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

Dipartimento Ortopedico Neurotraumatologico				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
Ortopedia PO Casarano	100%	60%	67%	80
Ortopedia PO Copertino	86%	92%	83%	90
Neurochirurgia PO Fazzi	86%	32%	83%	71
Ortopedia PO Fazzi	91%	52%	83%	81
Ortopedia PO Gallipoli	96%	53%	77%	80
Ortopedia PO Scorrano	73%	77%	77%	81

### Valutazione risultati del Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico

Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evince che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della performance organizzativa si colloca complessivamente, per i reparti di Ortopedia sul valore di raggiungimento degli obiettivi  $\geq 80\%$ , mentre l'U.O. di Neurochirurgia si colloca nel range inferiore all'80%.

### Dipartimento Materno Infantile

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

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE																					
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Hospital, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto																					
CdC	CdCsc	2022				2023				2024				Diff. 2024 - 2023				Sch. non val. SDO	Sch. non val. SDA		
		ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb	ORD	DH	DS	Amb				
A11103311	O. FAZZI - NEONATOLOGIA	856			611	736			688	779			830	43					142		
A11103312	O. FAZZI - UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	20		18	47	52		43	103	33		37	298	- 19		- 6		195			
A11103371	O. FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3.153	537	647	8.599	2.890	468	683	15.113	2.961	398	1.134	12.487	71	63	451		2.626			
A13103371	O. GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	954	197		4.138	835	265		5.672	736	431		6.067	- 99	310			395			
A14103371	O. CASARANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA			75	775				296				286					10			
A15103371	O. SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.006	198	49	4.513	1.021	321	100	4.680	952	494	125	6.069	- 69	338	25		1.389			
A16103371	O. GALLIPOLI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1.048		196	4.645	1.139	45	715	5.435	977	276	430	4.604	- 162	323	- 285		831			
A11103111	O. FAZZI - CHIRURGIA PEDIATRICA	593		117	1.471	659		212	2.919	588		252	3.245	- 71		40		326			
A11103391	O. FAZZI - PEDIATRIA	791	157	121	5.054	1.014	150	277	6.343	1.233	144	362	6.686	219	42	85		343			
A11103393	O. FAZZI - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	170	415	480	133	281	313	823	167	245	272	820	185	- 36	50	- 3		18			
A11103394	O. FAZZI - NIDO	1.192				1.234				1.244			1	10				1			
A11103395	O. FAZZI - REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA PEDIATRICA								1.382			124	1.996			124		614			
A13103391	O. GALATINA - PEDIATRIA	612	2	51	1.516	731		49	3.074	807	1	72	3.938	76	1	23		864			
A13103392	O. GALATINA - NIDO	482				474				449				- 25				1			
A14103391	O. CASARANO - PEDIATRIA			589	904			589	995			522	1.097			- 67		102			
A15103391	O. SCORRANO - PEDIATRIA	595	24	145	4.171	834	49	170	5.019	888	75	169	5.034	54	51	- 1		15			
A15103392	O. SCORRANO - NIDO	535				543				580			37								
A16103391	O. GALLIPOLI - PEDIATRIA	519	37	86	3.615	988	27	63	4.647	1.070	5	69	5.436	82	- 20	6		789			
A16103392	O. GALLIPOLI - NIDO	501				378				360				- 18							
Totale DIP. MATERNO INFANTILE		13.027	1.567	2.574	40.192	13.809	1.638	3.724	56.533	13.902	2.096	4.116	58.259	93	1.157	392	1.726	11	208		
														0,67%	70,61%	10,53%	3,05%				

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):														
2024														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissionel)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgicali	Nr DRG Inapprop.	Indice Inappropriato	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11103311	O. FAZZI - NEONATOLOGIA	-	12	5.733	130,89%	779	5.756	7,39	3	0,39%	141	0,35	1.047,56	1,34
A11103312	O. FAZZI - UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	4	408	27,95%	33	396	12,00			8	0,33	77,63	2,35
A11103371	O. FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	44	10.459	65,12%	2.961	10.659	3,60	1.287	43,47%	402	0,16	1.778,98	0,60
A13103371	O. GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	24	2.513	28,69%	736	2.507	3,41	219	29,76%	70	0,11	389,97	0,53
A15103371	O. SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	22	3.451	42,98%	952	3.534	3,71	503	52,84%	64	0,07	673,39	0,71
A16103371	O. GALLIPOLI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	1	20	3.101	42,48%	977	3.175	3,25	517	52,92%	180	0,23	669,93	0,69
A11103111	O. FAZZI - CHIRURGIA PEDIATRICA	-	15	1.401	25,59%	588	1.351	2,30	398	67,69%	345	1,42	411,42	0,70
A11103391	O. FAZZI - PEDIATRIA	-	18	5.754	87,58%	1.233	5.789	4,70	1	0,08%	323	0,35	635,89	0,52
A11103393	O. FAZZI - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	-	8	1.199	41,06%	245	1.199	4,89	3	1,22%	87	0,55	223,59	0,91
A13103391	O. GALATINA - PEDIATRIA	2	10	3.148	86,25%	807	3.207	3,97			182	0,32	376,19	0,47
A15103391	O. SCORRANO - PEDIATRIA	-	11	3.749	93,37%	888	3.859	4,35			93	0,12	392,11	0,44
A16103391	O. GALLIPOLI - PEDIATRIA	2	16	4.083	69,91%	1.070	4.131	3,86	5	0,47%	275	0,36	487,43	0,46
2023														
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissionel)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgicali	Nr DRG Inapprop.	Indice Inappropriato	Peso totale DRG	Peso Medio DRG
A11103311	O. FAZZI - NEONATOLOGIA	1	12	4.750	108,45%	736	4.759	6,47	3	0,41%	76	0,20	834,65	1,13
A11103312	O. FAZZI - UNITA' TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	-	4	670	45,89%	52	664	12,77	3	5,77%	4	0,09	142,47	2,74
A11103371	O. FAZZI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	3	44	10.314	64,22%	2.890	10.547	3,65	1.294	44,78%	434	0,18	1.698,86	0,59
A13103371	O. GALATINA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	2	24	2.749	31,38%	835	2.824	3,38	313	37,49%	87	0,12	475,10	0,57
A15103371	O. SCORRANO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	22	3.728	46,43%	1.021	3.748	3,67	538	52,69%	100	0,11	709,63	0,70
A16103371	O. GALLIPOLI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA	-	20	3.505	48,01%	1.139	3.588	3,15	663	58,21%	265	0,30	744,46	0,65
A11103111	O. FAZZI - CHIRURGIA PEDIATRICA	-	15	1.686	30,79%	659	1.688	2,56	484	73,44%	379	1,35	516,75	0,78
A11103391	O. FAZZI - PEDIATRIA	-	18	5.443	82,85%	1.014	5.473	5,40	2	0,20%	234	0,30	559,56	0,55
A11103393	O. FAZZI - ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA	-	8	1.606	55,00%	281	1.608	5,72	3	1,07%	103	0,58	245,92	0,88
A13103391	O. GALATINA - PEDIATRIA	9	10	2.834	77,64%	731	2.855	3,91			184	0,38	314,22	0,43
A15103391	O. SCORRANO - PEDIATRIA	-	11	3.621	90,19%	834	3.706	4,44	3	0,36%	67	0,09	419,52	0,50
A16103391	O. GALLIPOLI - PEDIATRIA	-	16	3.431	58,75%	988	3.469	3,51	4	0,40%	278	0,41	470,76	0,48

**Macroarea obiettivo: Capacità di governo della domanda sanitaria**

Le UU.OO. del Dipartimento Materno-Infantile hanno assicurato la soddisfazione della domanda espressa, raggiungendo in quasi tutte le UU.OO. i volumi programmati.

**Macro-area obiettivo: Assistenza ospedaliera, appropriatezza e qualità**

L'indicatore "DRG ad alto rischio di inappropriata" (Griglia LEA) rileva criticità in diverse Unità Operative del Dipartimento, in particolare nelle UU.OO. pediatriche.

Positivi risultano gli indicatori relativi alla degenza media e alla degenza pre-operatoria, che si collocano nel valore soglia ovvero nel range di accettabilità. Criticità permangono per l'indicatore relativo ai parti cesarei. Infatti, ad eccezione del P.O. V. Fazzi di Lecce, dove il ricorso al parto cesareo primitivo è migliore rispetto allo standard previsto per gli ospedali di II livello (22,91% vs valore target ≤ 25%), negli ospedali di I livello il dato è superiore allo standard previsto (valore target ≤ 15%), ad eccezione dell'Ospedale di Galatina, il cui valore relativo alla percentuale di parti cesarei primari in ospedali di I Livello o con un numero inferiore a 1.000 parti all'anno si assesta al 13,57%.

**Macro-area obiettivo: Assistenza farmaceutica**

Criticità permangono per alcune unità operative sugli indicatori relativi al contenimento della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici sia in valore assoluto che in rapporto al valore della produzione.

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

Dipartimento Materno infantile				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
OSTETRICIA E GINECOLOGIA PO FAZZI	76%	100%	83%	88
OSTETRICIA PO GALATINA	100%	68%	73%	83
OSTETRICIA E GINECOLOGIA PO GALLIPOLI	85%	77%	73%	83
OSTETRICIA E GINECOLOGIA PO SCORRANO	100%	88%	73%	87
NEONATOLOGIA E UTIN PO FAZZI	100%	87%	93%	95
CHIRURGIA PEDIATRICA PO FAZZI	92%	60%	97%	85
REUMATOLOGIA E IMMUNOLOGIA PEDIATRICA PO FAZZI	100%	100%	92%	96
ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA PO FAZZI	93%	47%	90%	81
PEDIATRIA PO FAZZI	100%	60%	83%	84
PEDIATRIA PO GALATINA	100%	47%	83%	81
PEDIATRIA PO GALLIPOLI	100%	67%	87%	87
PEDIATRIA PO SCORRANO	80%	80%	90%	86
FISIOPATOLOGIA RIPRODUZIONE UMANA PO FAZZI	100%	100%	95%	97
GINECOLOGIA TERRITORIALE DSS LECCE	80%	-	-	92

### Valutazione risultati del Dipartimento Materno-Infantile

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

### Dipartimento integrato Emergenza – Urgenza

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

Il Sistema di emergenza-urgenza 118 realizza la rete del soccorso sul territorio nazionale con canalizzazione delle richieste su un numero unico dedicato all'emergenza sanitaria: 118, da Maggio 2024 con interposizione del Numero unico europeo, NUE 112.

L'attivazione in Provincia di Lecce del Sistema di emergenza territoriale è avvenuta il 01.03.2003 (deliberazione del Consiglio Regionale 3-11 febbraio 1999, n. 382 - DPR 27 marzo 1992: Progetto generale del Macro Sistema Emergenza Sanitario - 118 - nella Regione Puglia - delibera di Giunta n. 1811 del 29.05.1998), al fine di rispondere alla necessità del territorio di un servizio dedicato all'emergenza/urgenza sanitaria territoriale, strutturato secondo criteri di efficienza, efficacia, economicità e con l'obiettivo prioritario della verifica dei Processi. Con l'attivazione del SEUS 118 è radicalmente cambiata la "filosofia" della risposta all'allarme sanitario: non più il trasporto nel minor tempo possibile presso l'Ospedale più vicino, ma il soccorso sul luogo dell'evento di personale sanitario e tecnici del soccorso, con l'ausilio di moderne tecnologie ed il trasporto protetto presso l'Ospedale più idoneo per la gestione della patologia presentata (*scoop and run, stay and play*) nel rispetto dei Protocolli Operativi e dell'EBM (*evidence based medicine*). Inoltre, è stato avviato un processo di "umanizzazione" nell'approccio al paziente critico in sede *extra* ospedaliera, con la valorizzazione non solo del "core-service" ma anche del "surround-service", ponendo particolare attenzione al rapporto empatico tra paziente e soccorritore.

Nel 2024, si è registrato un aumento del numero di prestazioni rispetto all'anno precedente, nonostante l'introduzione dal 15 maggio del NUE112, nato, tra l'altro, con un ruolo di filtro delle chiamate allo scopo di indirizzare al Sistema 118 solo le chiamate di competenza sanitaria urgenti.

Attività Lecce-soccorso 118 con analisi dettagliata dei soccorsi espletati

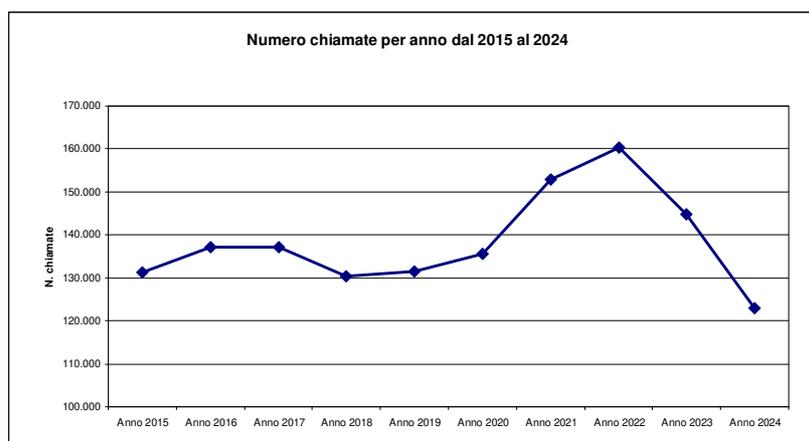
Di seguito analisi dell'attività prevalente della Centrale Operativa 118, inerente la gestione e coordinamento dei soccorsi extraospedalieri nel territorio provinciale.

NUMERO DI CHIAMATE DAL 2020 AL 2024 PER MESE													
	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
Anno 2020	11532	10182	13327	9773	9675	10021	12686	15690	10745	10022	11474	10422	135549
Anno 2021	10846	9446	12664	12069	11738	13949	16817	19826	11453	10679	10817	12650	152954
Anno 2022	15571	11940	13113	12044	11661	13272	18705	16646	11209	11819	11209	13022	160211
Anno 2023	11922	10625	9332	10330	10611	12167	18197	16028	11342	11074	10623	12573	144824
Anno 2024	12263	9661	11083	10578	9485	9280	11979	12947	8892	8807	8475	9463	122913

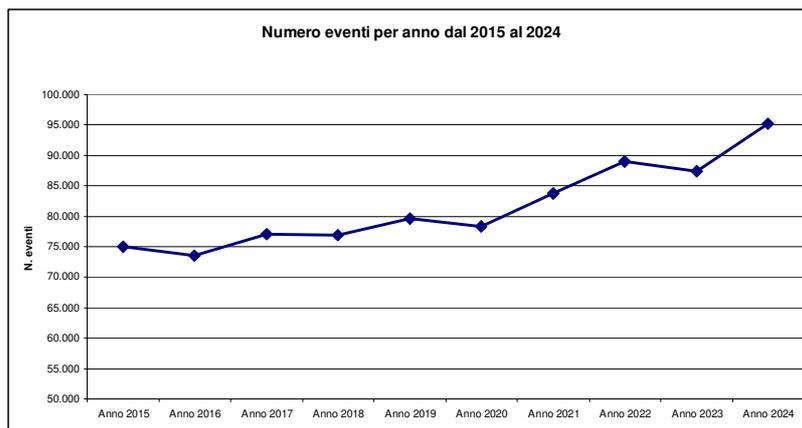
NUMERO EVENTI PER ANNO DAL 2020 AL 2024 PER MESE													
	GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	TOTALE
Anno 2020	6935	6658	7146	5845	5738	6018	7300	8662	6200	6100	5748	5948	78298
Anno 2021	6060	5578	6908	6605	6564	7435	8527	9576	6664	6501	6173	7132	83723
Anno 2022	7600	6340	7209	6864	6785	7399	9500	9000	6715	6987	6784	7778	88961
Anno 2023	7688	6701	6761	6666	6474	6826	9461	8716	6569	6969	6760	7895	87486
Anno 2024	7723	6402	6980	6641	7442	8054	10007	11052	7639	7565	7400	8275	95180

Si riporta di seguito il grafico relativo all'andamento del numero di telefonate in ingresso alla Centrale Operativa 118 ed i soccorsi realmente effettuati nell'ultimo decennio di attività. Lo scostamento tra richieste ed attivazione dell'emergenza è la conseguenza dal *triage* telefonico effettuato dagli operatori di Centrale (non sempre la richiesta dà luogo all'attivazione di un mezzo di soccorso: consiglio telefonico, indirizzamento verso differenti strutture sanitarie territoriali, richieste inappropriate) nei primi mesi dell'anno (pre NUE), mentre quasi esclusivamente dipendente dal Triage sanitario dopo l'avvento del NUE.

NUMERO CHIAMATE PER ANNO DAL 2015 AL 2024									
Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
131.177	137.061	137.061	130.342	131.608	135.549	152.954	160.211	144.824	122.913



NUMERO EVENTI PER ANNO DAL 2015 AL 2024									
Anno 2015	Anno 2016	Anno 2017	Anno 2018	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024
75.057	73.600	77.059	76.939	79.541	78.298	83.723	88.961	87.486	95.180



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

Uno degli indicatori di qualità dell’attività svolta dalla Centrale Operativa 118, consiste nella verifica della cosiddetta “concordanza” tra “codice di invio”, derivato dal *triage* effettuato dalla Centrale Operativa e “codice di valutazione sanitaria” assegnato da chi effettua il soccorso sul luogo dell’evento con la variabile data dal valutatore (medico, infermiere, tecnico del soccorso).

L’indice di concordanza diviene cruciale se il codice d’invio è un Codice Rosso, in cui sono determinanti le modalità di attivazione di tutto il processo decisionale che parte dalla Centrale Operativa 118 (tempi del soccorso, tipologia del mezzo da inviare, pre-allertamento del P.O.). Dall’analisi dei processi si può evidenziare il miglioramento dell’indicatore di qualità, soprattutto per interventi in codice rosso. I dati, elaborati da ISED, portano il 118 Lecce in un *cut-off* ottimale nella gestione del codice giallo e rosso (maggiormente critici).

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

CONCORDANZA ANNO 2021							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
Bianco	3	4	1	0	0	8	
Verde	541	11.648	4.696	75	3	16.963	
Giallo	1.666	11.538	35.206	1.795	159	50.364	96,38%
Rosso	606	781	2.969	1.954	922	7.232	80,82%

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

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

CONCORDANZA ANNO 2024							
	Codice 0	Codice 1	Codice 2	Codice 3	Codice 4	TOTALE	
<b>Bianco</b>	13	1	2	1	1	18	
<b>Verde</b>	956	16.322	6.102	175	11	23.566	
<b>Giallo</b>	1.894	11.337	35.561	2.645	164	51.601	96,01%
<b>Rosso</b>	602	658	2.627	1.892	807	6.586	80,87%

Il risultato dell'indice di concordanza per i "codici rossi" per l'anno 2024 è di 80,87%, un valore ottimale, al di sopra della media prevista (*cut-off* di riferimento degli obiettivi operativi per l'anno 2024: 65% - 75%).

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

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

Ambulanze Estive	2020	2021	2022	2023	2024
<b>S. CATALDO</b>	175	NA	NA	NA	NA
<b>CASALABATE</b>	225	317	451	371	395
<b>SANT'ISIDORO</b>	235	104	381	378	460
<b>S. MARIA AL B.</b>	357	547	575	610	691
<b>SAN FOCA</b>	7	465	NA	498	250
<b>T. CHIANCEA</b>	NA	303	80	335	183
<b>T. DELL'ORSO</b>	NA	NA	NA	NA	NA
<b>T. LAPILLO</b>	342	491	478	268	478
<b>T. VADO</b>	35	NA	385	703	NA
<b>T. S. GIOVANNI</b>	365	586	599	NA	777
<b>SPECCHIULLA</b>	NA	NA	NA	NA	NA
<b>IONIO</b>	520	779	781	846	922
<b>IDROMOTO</b>	25	6	5	11	6

NA: NON ATTIVATE

Tempo allarme – *target*: i tempi di intervento dimostrano un risultato coerente con il *cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2024 (18' – 23'): 18'18''.

Tempo invio – arrivo: positivo il valore del tempo invio – arrivo del mezzo di soccorso che si attesta in 15'24''. Questo tempo risulta all'interno del *cut-off* previsto (17' – 22') dagli obiettivi operativi per l'anno 2024.

Tempo di *dispatch*: il tempo di *dispatch* (tempo dalla presa in carico della telefonata all'invio del mezzo di soccorso) è stato per l'anno 2024 all'interno del *cut-off* previsto (2'00" – 3'00") : 2'17".

Utilizzo *tablet* multifunzione: il *tablet* multifunzione, strumento informatico a bordo dei mezzi di soccorso (interfaccia con la Centrale Operativa, i PP.SS. e la telecardiologia), rappresenta un prezioso *device* che sostituisce il materiale cartaceo e fornisce alla Centrale Operativa i dati dell'attività di soccorso in tempo reale. Lo stesso permette la trasmissione telematica della "scheda ambulanza" alla Centrale Operativa e al P.S. di destinazione. Si è valutata la percentuale di utilizzo del *tablet* inerente la tempistica di tutte le fasi di soccorso con criticità Giallo e Rosso, che per l'anno 2024, è stata del 98,76% (*cut-off* previsto dagli obiettivi operativi per l'anno 2024: 80% - 99%).

Per quanto attiene gli altri obiettivi strategici aziendali, il SEUS 118 ha rispettato le direttive aziendali in tema di sanità digitale, legalità, trasparenza e formazione, attivando riunioni a tema anche di aggiornamento sull'utilizzo di apparati informatici ed innovazioni tecnologiche implementate all'interno della Centrale Operativa 118 e sui Mezzi di soccorso con una media annuale > 1 al mese.

CENTRALE 118	Lecce
PERIODO:	Anno 2024
TOTALE EMERGENZE verificate*:	76345
TOTALE EMERGENZE verificate con criticità Rosso**:	6015

Calcolato Sul Totale Emergenze	selettiva fatta da tablet	%	selettiva fatta da Centrale	%
PARTENZA	54740	98.76%	685	1.24%
ARRIVO LUOGO	53397	96.34%	2028	3.66%

	TEMPI INVIO-PARTENZA	TEMPI PARTENZA-ARRIVO	TEMPI INVIO-ARRIVO	TEMPI CHIAMATA-ARRIVO	TEMPI CHIAMATA-INVIO
MEDIA**	00:03:01	00:10:49	00:13:50	00:15:39	00:01:49
MEDIANA**	00:03:00	00:09:47	00:12:47	00:14:28	00:01:17
MODA**	00:03:00	00:10:30	00:11:50	00:12:33	00:01:02
PERCENTILE** 75%	00:04:00	00:13:55	00:16:57	00:18:18	00:01:58

\* **ATTENZIONE!!!** Vengono prese in considerazione le emergenze dove **TUTTE** le fasi "invio", "partito" o "arrivo sul luogo" sono state inserite (e non saltate)  
\* per ogni emergenza viene preso in considerazione solo il primo mezzo che arriva sul luogo intervento  
\*\* Prese in considerazione le solo emergenze con criticità Rosso

La **media** è il rapporto tra la somma dei dati numerici ed il numero dei dati.  
La **mediana** è il valore centrale tra i dati numerici.  
La **moda** è il valore che si presenta con maggiore frequenza.  
La **percentile** è il valore che lascia alla sua sinistra il 75% degli elementi della distribuzione

### Attività di formazione/addestramento

La formazione del personale è considerata dal Piano Sanitario Regionale obiettivo strategico teso a migliorare le prestazioni sanitarie e quindi l'indice di soddisfazione dell'utente/paziente. Pertanto, il SEUS 118 ha impegnato parte delle proprie risorse (n. 22 istruttori certificati IRC) per incrementare l'attività formativa indirizzata a laici e sanitari. L'attività, già intensa negli anni scorsi, porta "Leccesoccorso 118" ai primi posti tra tutti i Centri di addestramento delle Centrali Operative 118 d'Italia. 4.308 partecipanti nel 2024). Nel 2024 si è proceduto, inoltre, previa ricognizione dei bisogni formativi del personale, alla produzione del *dossier* formativo e quindi del programma di aggiornamento triennale del personale della UO, prevedendo anche diverse attività formative congiunte ad altre UU.OO. per favorire l'integrazione multidisciplinare e funzionale del servizio 118.

Di seguito l'attività formativa in modalità analitica, espletata nell'anno 2024 dal centro di formazione Leccesoccorso 118:

RIEPILOGO ATTIVITA' FORMAZIONE 2024 "CDF LECCESOCORSO 118"				
TIPOLOGIA CORSO	EDIZIONI	ATTIVITA' INTERNA	ATTIVITA' per ESTERNI	TOTALE ALLIEVI
VERIFICA DAE AI FINI AUTORIZZ. EXTRAOSPEDALIERA	79		1185	1.185
ALS IRC	3	36		36
PTC ADVANCED IRC	2	24		24
EPALS IRC	2	24		24
BLSO SANITARI IRC	71	852	465	1.317
BLSO NON SANITARI IRCOMUNITA'			525	525
BLSO NON SANITARI IRCOMUNITA' RETR			12	12
BLSO SANITARI RETR			330	330
BLSO PEDIATRICO SANITARI IRC	19	228	165	393
BLSO PEDIATRICO SANITARI RETR			240	240
PTC BASE IRC	4	48	96	144
PTC BASE RETR			36	36
SMIT X ESTERNI	1	12		12
CORSO PER SOCCORRITORI			30	30
CORSO FORMAZIONE PER MEDICI TERRITORIALE	1			3
<b>TOTALE</b>	<b>182</b>	<b>1.224</b>	<b>3.084</b>	<b>4.311</b>

#### Attività ulteriori anno 2024

- gestione della scorta Nazionale Antidoti nell'ambito della Difesa Civile (deposito SNA17);
- partecipazione alle esercitazioni delle Capitanerie di Porto di Otranto e Gallipoli;
- partecipazione ai gruppi di lavoro, ai tavoli tecnici, alle commissioni convocate dalla Prefettura di Lecce;
- attività di *bed manager* aziendale (analisi disponibilità posti letto flusso informativo regionale, armonizzazione dei ricoveri ospedalieri);
- attività di censimento quotidiano dei posti letto Covid e percentuale di occupazione, con trasmissione flusso regionale;
- componente Commissione Pubblici Spettacoli presso la Prefettura di Lecce;
- coordinamento della gestione sanitaria nel Campionato di Calcio 2024-2025, presso il GOS Stadio Comunale di Lecce;
- Implementazione del protocollo aziendale denominato "Percorso Rosa".

#### Cura dei rapporti interistituzionali

Il Direttore della C.O. 118 sino al marzo 2024, poi sostituito dal f.f. direttore dell'U.O.C. per tutto l'anno ha curato i rapporti interistituzionali, in considerazione del ruolo svolto dal SEUS 118 quotidianamente in sinergia con le forze dell'ordine, i Vigili del Fuoco, la Prefettura, la Protezione Civile e tutte le altre istituzioni pubbliche coinvolte a vario titolo nell'ambito della sicurezza e dell'ordine pubblico.

Si citano a titolo esemplificativo alcuni degli eventi in cui è stato coinvolto il SEUS 118:

- interrelazione con le seguenti istituzioni:
  - Guardia Costiera (soccorso sanitario congiunto in mare), con utilizzo di idromoto 118 e in caso di necessità con imbarco del personale 118 a bordo di imbarcazioni della Guardia Costiera;

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

#### Attività di esecuzione ECG on-line

La possibilità di eseguire l'ECG *on-line* (diagnostica elettrocardiografica da remoto iniziata nell'anno 2004) ha rappresentato un valore aggiunto nella diagnostica cardiologica a bordo dell'ambulanza ed ha reso possibile la centralizzazione più appropriata del paziente acuto presso il target più adeguato alla risoluzione della patologia presentata (UTIC o Emodinamica). Il numero di ECG *on-line* eseguiti sul territorio della Provincia di Lecce nell'anno 2024 è pari a 37.075.

#### Rete IMA/SCA per il trattamento precoce dello "STEMI"

Dal febbraio 2010 è stata realizzata la rete IMA/SCA con l'attivazione di un percorso dedicato al paziente affetto da "STEMI", con l'abbattimento del tempo "door to hub". Nell'anno 2024 il numero dei pazienti arruolati nella "rete" e trattati con PTCA (angioplastica primaria) è pari a 248 (età media 69 aa - M: 167 e F: 81), con un tempo medio *call to door* di 18 min e del percorso dedicato *call to hub* di 65 min (raccomandazioni ESC < 120' dal *first medical contact*) con esclusione del cosiddetto "ritardo evitabile" e centralizzazione diretta in Sala di Emodinamica (HUB), *bypassando* il Pronto Soccorso e trattamento farmacologico anticipato in Ambulanza.

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

Nel rispetto della dinamica *HUB* → *SPOKE* e del più appropriato percorso diagnostico terapeutico del paziente affetto da "stroke", già dal 2011 è stata attivata una rete di soccorso dedicata al paziente con patologia cerebro-vascolare acuta. La rete ha l'obiettivo fondamentale di ridurre il cosiddetto "ritardo evitabile" e di sottoporre il paziente alla migliore procedura possibile (trombolisi/trombectomia). In questo contesto, la *Stroke Unit*, ubicata presso il P.O. di II liv. V. Fazzi, rappresenta l'*hub* della rete dove trasportare il paziente candidabile a trombolisi/trombectomia, nel tempo più breve possibile e comunque inferiore a 4,5 h dall'insorgere della sintomatologia (LL.GG. *SPREAD*). Nel 2024 il numero di candidati al ricovero in *Stroke Unit* trasportati dal 118 è stato di 540 pazienti (età media 73 aa - M: 266, F: 274), con tempo medio di arrivo del Mezzo 118 *call to door* di 18' e *call to hospital* di 74'.

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

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

DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA															
1. Dati di attività (ricoveri ordinari, Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto															
CdC	CdCDesc	2022			2023			2024			Diff. 2024 - 2023			Sch. non val.	
		ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb	ORD	DS	Amb		SDA
A11104AR1	O. FAZZI - TERAPIA INTENSIVA			3.505			3.800			515			- 3.285		
A11104AR2	O. FAZZI - SERVIZIO DI ANESTESIA	212	285	1.169	250	223	1.252	279	129	4.965	29	94	3.713	16	
A11104AR5	O. FAZZI DEA- COVID- TERAPIA INTENSIVA	135			40		3	14			- 26	-	- 3		
A11104PS1	O. FAZZI - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			16			45			5			- 40		
A12104AR1	O. COPERTINO - SERVIZIO DI ANESTESIA			987			827			1.112			- 285		
A12104G03	O. COPERTINO - BLOCCO OPERATORIO						3						- 3		
A12104PS1	O. COPERTINO - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			44			46			18			- 28		
A13104AR1	O. GALATINA - SERVIZIO DI ANESTESIA			203			269			218			- 51		
A13104PS1	O. GALATINA - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			58			17			74			- 57		
A14104AR1	O. CASARANO - SERVIZIO DI ANESTESIA			251			560			397			- 163		
A14104AR3	O. CASARANO - TERAPIA INTENSIVA	70		841	84	3	691	68	17	1.089	- 16	14	398		
A14104PS1	O. CASARANO - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			8			33						- 33		
A15104AR1	O. SCORRANO - SERVIZIO DI ANESTESIA			759			766			248			- 518		
A15104AR2	O. SCORRANO - TERAPIA INTENSIVA	68	30	783	83	21	2.530	99		3.287	16	21	757		
A15104PS1	O. SCORRANO - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			31			18			6			- 12		
A16104AR1	O. GALLIPOLI - SERVIZIO DI ANESTESIA E CAMERA IPERBARICA			3.314			3.939			4.491			- 552		
A16104AR2	O. GALLIPOLI - TERAPIA INTENSIVA	68		138	69		206	66		181	3		- 25		
A16104PS1	O. GALLIPOLI - MED. E CHIRURG. D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA			41			52			119			- 67		
Totale DIP. EMERG. URGENZA		553	315	12.152	526	247	15.057	526	146	16.725	-	- 101	1.668	16	
											0,00%	-40,89%	11,08%		

2. Indici di funzionalità (anni a confronto):															
2024															
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG	
A11104AR2	O. FAZZI - SERVIZIO DI ANESTESIA	-	15	3.517	64,24%	279	2.923	10,48	140	50,18%	9	0,03	880,39	3,16	
A11104AR5	O. FAZZI DEA- COVID- TERAPIA INTENSIVA	-	8	198	6,78%	14	238	17,00	3	21,43%			40,06	2,86	
A14104AR3	O. CASARANO - TERAPIA INTENSIVA	-	6	1.176	53,70%	68	1.107	16,28	19	27,94%	1	0,01	259,21	3,81	
A15104AR2	O. SCORRANO - TERAPIA INTENSIVA	-	4	1.155	79,11%	99	1.165	11,77	16	16,16%			304,41	3,07	
A16104AR2	O. GALLIPOLI - TERAPIA INTENSIVA	-	6	885	40,41%	66	805	12,20	16	24,24%	1	0,02	191,32	2,90	
2023															
CdC	Descr. CdC	SDO Non Validate	PL	GG degenza effettiva	Tasso Occupazione (con GG deg. effettiva)	Nr Ricoveri Ord	GG degenza su rep. dimissione	Deg Media (con GG su rep. dimissione)	Nr DRG Chir	% Dimessi DRG Chirurgici	Nr DRG Inappro.	Indice Inappropr.	Peso totale DRG	Peso Medio DRG	
A11104AR2	O. FAZZI - TERAPIA INTENSIVA	-	15	3.415	62,37%	250	2.881	11,52	121	48,40%	9	0,04	864,68	3,46	
A11104AR5	O. FAZZI DEA- COVID- TERAPIA INTENSIVA	-	8	464	15,89%	40	413	10,33	3	7,50%			104,20	2,61	
A14104AR3	O. CASARANO - TERAPIA INTENSIVA	-	6	1.125	51,37%	84	920	10,95	19	22,62%	1	0,01	268,29	3,19	
A15104AR2	O. SCORRANO - TERAPIA INTENSIVA	-	4	1.136	77,81%	83	1.109	13,36	9	10,84%	1	0,01	241,79	2,91	
A16104AR2	O. GALLIPOLI - TERAPIA INTENSIVA	-	6	1.240	56,62%	69	973	14,10	13	18,84%			202,87	2,94	

Per ciò che concerne la prima linea di attività, il SEU 118 si integra con le attività delle Unità Operative di Pronto Soccorso presenti nei 6 PP.OO.

Relativamente alle performance, tutte le UU.OO. mantengono livelli elevati. Tuttavia permangono alcune criticità connesse ai casi di abbandono, in Pronto Soccorso.

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

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

D'altra parte, è in corso una riorganizzazione delle attività di sala operatoria, nel P.O. V. Fazzi in primis e a seguire in tutti gli ospedali a gestione diretta, alla luce delle indicazioni fornite dal Ministero con l'Accordo Stato-Regioni n. 100/CSR del 9 luglio 2020 "Linee di indirizzo per il

governo del percorso del paziente chirurgico programmato”, recepite dalla Regione Puglia con la D.G.R. n. 45/2023, la cui attività di ricerca è proseguita nel progetto di ricerca ministeriale “Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa per i ricoveri chirurgici programmati”, per il quale il P.O. V. Fazzi di Lecce è stato individuato quale Ospedale pilota.

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

Dipartimento Integrato Emergenza Urgenza				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
SEU 118	-	100%	100%	100
PRONTO SOCCORSO PO FAZZI	-	76%	84%	81
PRONTO SOCCORSO PO CASARANO	-	91%	100%	91
PRONTO SOCCORSO PO COPERTINO	-	76%	84%	81
PRONTO SOCCORSO PO GALATINA	-	88%	17%	82
PRONTO SOCCORSO PO GALLIPOLI	-	86%	100%	90
PRONTO SOCCORSO PO SCORRANO	-	81%	84%	85
ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO FAZZI	88%	88%	34%	82
ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO SCORRANO	74%	84%	84%	84
ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO GALLIPOLI	91%	72%	67%	83
ANESTESIA E RIANIMAZIONE PO CASARANO	72%	88%	67%	82
ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO PO GALATINA	90%	100%	17%	83
ANESTESIA E BLOCCO OPERATORIO PO COPERTINO	100%	88%	84%	94

### Valutazione risultati del Dipartimento Integrato Emergenza Urgenza

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

### Dipartimento delle Diagnostiche

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

DIPARTIMENTO DELLE DIAGNOSTICHE					
1. Dati di attività (prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto					
CdC	CdC Dsc	2022	2023	2024	Diff. 2024 - 2023
		Amb	Amb	Amb	Amb
A11104AP1	O. FAZZI - ANATOMIA PATOLOGICA	48.497	38.948	5.055	- 33.893
A11104LA1	O. FAZZI - LAB. DI GENETICA MEDICA	41.701	49.573	49.475	- 98
A11104LA4	O. FAZZI - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	3.938.332	3.795.862	3.476.329	- 319.533
A12104LA1	O. COPERTINO - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	719.374	797.110	821.242	- 24.132
A13104LA1	O. GALATINA - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	1.070.613	1.030.234	1.206.783	- 176.549
A13104LA2	O. GALATINA - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA - Biologia Molecolare	242.055	42.858	8.066	- 34.792
A14104LA1	O. CASARANO - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	1.398.139	1.612.352	1.508.154	- 104.198
A15104LA1	O. SCORRANO - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	1.576.153	1.911.617	1.935.006	- 23.389
A16104AP1	O. GALLIPOLI - ISTOLOGIA E ANAT. PATOL.	34.592	44.847	37.759	- 7.088
A16104LA1	O. GALLIPOLI - LAB. DI PATOLOGIA CLINICA	992.030	1.166.093	1.118.366	- 47.727
A2100100E	D.S.S. LECCE - LA. PATOLOGIA CLINICA	1.586.142	1.692.508	1.475.061	- 217.447
Totale Diagnostica di Laboratorio		11.647.628	12.182.002	11.641.296	- 540.706

DIPARTIMENTO DELLE DIAGNOSTICHE					
A11104MN1	O. FAZZI - MEDICINA NUCLEARE	7.911	6.458	8.701	2.243
A11104RD1	O. FAZZI - RADIOLOGIA	87.334	96.744	96.376	368
A11104RD4	O. FAZZI - NEURORADIOLOGIA	21.014	20.536	23.705	3.169
A11204RD1	O. S. CESARIO - RADIOLOGIA	2.249	5.096	2.902	2.194
A12104RD1	O. COPERTINO - RADIOLOGIA	40.500	48.366	54.062	5.696
A13104RD1	O. GALATINA - RADIOLOGIA	31.032	34.280	31.063	3.217
A14104RD1	O. CASARANO - RADIOLOGIA	47.246	46.864	46.155	709
A15104RD1	O. SCORRANO - RADIOLOGIA	40.860	44.632	45.876	1.244
A16104RD1	O. GALLIPOLI - RADIOLOGIA	31.515	38.897	39.102	205
A2100100G	D.S.S. LECCE - RADIOLOGIA SEZIONE DI RMN E TAC	6.175	8.231	6.896	1.335
A2100100H	D.S.S. LECCE - RADIOLOGIA SEZIONE DI SENOLOGIA	4.976	5.521	4.250	1.271
A2100100L	D.S.S. LECCE - SERVIZIO RADIOLOGIA	11.228	11.204	8.673	2.531
A21101006	D.S.S. CAMPI - RADIOLOGIA	6.865	6.551	6.072	479
A21201006	D.S.S. - NARDO' - RADIOLOGIA	8.894	8.364	7.068	1.296
A21301003	D.S.S. MARTANO - SERV. RADIOLOGIA MARTANO	8.275	8.269	8.550	281
A21501005	D.S.S. MAGLIE - Radiodiagnostica	4.605	1.985	1.817	168
A21601002	D.S.S. POGGIARDO - Radiodiagnostica	5.411	2.822	5.964	3.142
Totale Diagnostica per Immagini		366.090	394.820	397.232	2.412
					0,61%

Il Dipartimento delle Diagnostiche, che raggruppa i laboratori e le anatomie patologiche della ASL, unitamente alle radiodiagnostiche e alla medicina nucleare, è uno dei dipartimenti che più partecipa all'offerta di prestazioni sanitarie, sia per pazienti ricoverati che per utenti esterni, essendo aumentata, nel tempo, la domanda di prestazioni di esami strumentali e di laboratorio ed è, purtroppo, uno dei settori nel quale si registra una cronica carenza di personale medico specializzato.

L'attività dell'anatomia patologica, inoltre, è determinante nel rispetto dei PDTA approvati per i vari tumori, la cui tempestività di diagnosi correla con la possibilità di un intervento precoce e, quindi, con migliori esiti di salute. Purtroppo, anche in questo campo, la carenza di personale si ripercuote sulla capacità di effettuare il volume di esami richiesti entro la tempistica stabilita.

L'attività della patologia clinica è effettuata con buoni livelli di *performance*, garantendo completamente il fabbisogno stimato. L'unica criticità riscontrata, sulla quale in corso di contrattazione si è cercato di agire, è quella relativa alla revisione delle richieste di esami per interni sulla base dei profili diagnostici ed in linea con i PDTA e le LL.GG. nazionali ed internazionali, al fine di migliorare l'appropriatezza della erogazione di esami sulla base dei profili diagnostici.

L'attività di radiodiagnostica della ASL Lecce si avvale di apparecchi radiologici presenti in tutti i punti erogatori (compresa la TAC) e di Risonanze Magnetiche *body* dislocate sul P.O. V. Fazzi di Lecce, P.O. di Casarano e Radiologia territoriale. Non tutte le UU.OO. raggiungono i livelli di performance sui volumi attesi, con conseguente allungamento delle liste di attesa.

Permangono alcune criticità relative al consumo di dispositivi medici che registrano un incremento sia in valore assoluto che come incidenza sul valore della produzione.

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

Dipartimento Diagnostica Laboratori				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
Lab Pat Clinica Fazzi	100%	100%	33%	87
Lab Pat Clinica PO Scorrano	100%	84%	33%	82
Lab Pat Clinica PO Gallipoli	100%	84%	67%	88
Lab Pat Clinica PO Casarano	100%	100%	67%	93
Lab Pat Clinica PO Galatina	100%	84%	84%	88
Lab Pat Clinica PO Copertino	100%	100%	NV	96
Lab Pat Clinica DSS Lecce	100%	100%	33%	87
Anat Patologica PO Lecce	91%	100%	33%	83
Anat Patologica PO Gallipoli	88%	100%	100%	95
Gen Medica PO Fazzi	100%	100%	67%	93

Dipartimento delle Diagnostiche (Radiologie)				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
RADIOLOGIA TERRITORIALE	77%	100%	67%	80
RADIOLOGIA PO LECCE	91%	91%	0%	85
RADIOLOGIA PO SCORRANO	83%	91%	0%	81
RADIOLOGIA PO GALLIPOLI	83%	63%	0%	76
RADIOLOGIA PO CASARANO	82%	91%	0%	83
RADIOLOGIA PO GALATINA	59%	91%	0%	67
RADIOLOGIA PO COPERTINO	87%	91%	67%	89
MEDICINA NUCLEARE	100%	91%	0%	93
NEURORADIOLOGIA PO LECCE	95%	93%	67%	93
FISICA SANITARIA	92%	89%	NON VALUTABILE	92

### Valutazione risultati del Dipartimento delle Diagnostiche

Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evince che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca complessivamente, nel *range* > 80% per la Diagnostica di Laboratorio, mentre per la Diagnostica per immagini non tutte le UU.OO. registrano un valore di raggiungimento degli obiettivi  $\geq 80\%$ .

### Dipartimento Medicina Immunotrasfusionale

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

DIPARTIMENTO IMMUNOTRASFUSIONALE											
1. Dati di attività (Day Service, prestazioni ambulatoriali) - Anni a confronto											
CdC	CdcDsc	2022		2023		2024		Diff. 2024 - 2023		Sch. non val.	
		DS	Amb	DS	Amb	DS	Amb	DS	Amb		
A11104IT1	O. FAZZI - SERVIZIO IMMUNOTRASFUSIONALE	14	121.389	64	144.567	156	140.235	92	-	4.332	
A12104IT1	O. COPERTINO - MEDICINA TRASFUSIONALE		5.724		8.164		8.839			675	
A13104IT1	O. GALATINA - MEDICINA TRASFUSIONALE	464	38.594	572	47.318	336	63.209	-	236	15.891	370
A14104IT1	O. CASARANO - MEDICINA TRASFUSIONALE		5.277		5.377		5.508			131	
A16104IT1	O. GALLIPOLI - MEDICINA TRASFUSIONALE	85	39.072	106	41.204	126	43.705		20	2.501	
Totale DIP. IMMUNOTRASFUSIONALE		563	210.056	742	246.630	618	261.496	-	124	14.866	370
								-16,71%		6,03%	

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

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

Dipartimento Medicina Immunotrasfusionale				
Unità operativa	CAPACITA' DI GOVERNO DELLA DOMANDA SANITARIA	ASSISTENZA OSPEDALIERA, APPROPRIATEZZA E QUALITA'	ASSISTENZA FARMACEUTICA	Grado raggiungimento obtv
IMMUNOTRASFUSIONALE PO FAZZI	-	100%	33%	93
IMMUNOTRASFUSIONALE PO GALLIPOLI	-	100%	67%	94

**Valutazione risultati del Dipartimento di Medicina Immunotrasfusionale**

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

**5.8 Dipartimento del farmaco**

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

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

- a) con D.G.R n. 499/2024 gli obiettivi di contenimento ai sensi della L.R. n. 7/2022 e s.m.i. della spesa farmaceutica convenzionata per singola Azienda Sanitaria Locale per l'anno 2024
- b) con D.G.R. n. 848/2024 i tetti di spesa e gli obiettivi di contenimento ai sensi della L.R. n. 7/2022 e s.m.i. sulla spesa farmaceutica per acquisto diretto di farmaci e gas medicali per singola Azienda pubblica del S.S.R. per l'anno 2024.

Di seguito si riportano i prospetti dei dati della spesa farmaceutica convenzionata e per acquisti diretti sostenuta dall'ASL di Lecce nel corso del 2024 (elaborazione DiSAr del 23.04.2025).

Azienda Struttura Sanitaria	FARMACEUTICA TERRITORIALE CONVENZIONATA - Obiettivo Contenimento L.R. 7/2022				FARMACEUTICA CONVENZIONATA - VISTA FSN => FSR			
	Spesa	Tetto	Scostamento dal Tetto	% Scostamento dal Tetto	Spesa DCR X FSR	Tetto da FSR	Scostamento da FSR	Scostamento %le da Tetto FSR
<b>Regione</b>	<b>573.993.288€</b>	<b>538.640.167€</b>	<b>35.353.121€</b>	<b>6,56%</b>	<b>€ 603.011.372</b>	<b>596.973.480,35</b>	<b>6.037.891,84</b>	<b>1,01%</b>
AO Polic.								
AO Riuniti								
Asl Ba	177.185.666€	168.562.798€	8.622.867€	5,12%	€ 186.010.473	186.793.002,00	-782.528,85	-0,42%
Asl Bat	52.691.482€	49.318.890€	3.372.593€	6,84%	€ 55.135.912	54.682.770,80	453.141,58	0,83%
Asl Br	55.943.486€	53.002.697€	2.940.790€	5,55%	€ 59.050.860	58.742.190,47	308.669,13	0,53%
Asl Fg	82.113.684€	78.964.657€	3.149.026€	3,99%	€ 86.434.576	87.516.312,22	-1.081.736,23	-1,24%
<b>Asl Le</b>	<b>117.931.871€</b>	<b>110.712.371€</b>	<b>7.219.500€</b>	<b>6,52%</b>	<b>€ 123.528.262</b>	<b>122.678.050,21</b>	<b>850.211,43</b>	<b>0,69%</b>
Asl Ta	88.127.099€	78.078.754€	10.048.345€	12,87%	€ 92.851.289	86.561.154,65	6.290.134,78	7,27%
IRCCS DeBellis								
IRCCS Onc.								

Azienda Struttura Sanitaria	ACQUISTI DIRETTI				ACQUISTI DIRETTI - Obiettivo di contenimento L.R.7/2022 DGR 848 AII.A sub3				Acquisti Diretti - Tetto Spesa art. 1, co. 398, L. 232/2016			
	Spesa	Tetto	Scostamento dal Tetto	% Scostamento dal Tetto	Spesa	Tetto	Scostamento	Scostamento %le DD L7	Spesa al Netto Payback Diretta, Netto Vaccini e Netto Innovativi (A)	Tetto di Spesa DGR 848 AII.A sub4 (B)	Scostamento DGR 848 AII.A sub4 (C) = (A) - (B)	Scostamento %le DGR 848 AII.A sub4 (D) = C / B * 100
<b>Regione</b>	<b>€ 963.170.221,67</b>	<b>€ 1.159.999.999,98</b>	<b>-€ 196.829.778,00</b>	<b>-16,97%</b>	<b>€ 1.194.315.333,51</b>	<b>€ 1.159.999.999,98</b>	<b>€ 34.315.333,53</b>	<b>2,96%</b>	<b>€ 963.170.221,67</b>	<b>€ 717.240.342,13</b>	<b>€ 245.929.879,53</b>	<b>34,29%</b>
AO Polic.	58.531.588,03	75.423.559,00	-16.891.971,00	-22,40%	74.495.427€	75.423.559€	-928.132€	-1,23%	58.531.588€	53.577.854€	4.953.734€	9,25%
AO Riuniti	21.130.418,49	31.160.175,00	-10.029.757,00	-32,19%	31.145.803€	31.160.175€	-14.372€	-0,05%	21.130.418€	18.791.697€	2.338.722€	12,45%
Asl Ba	254.703.644,85	290.497.354,00	-35.793.709,00	-12,32%	292.128.459€	290.497.354€	1.631.105€	0,56%	254.703.645€	175.751.363€	78.952.282€	44,92%
Asl Bat	88.781.153,56	102.763.390,00	-13.982.236,00	-13,61%	107.586.240€	102.763.390€	4.822.850€	4,69%	88.781.154€	63.020.692€	25.760.462€	40,88%
Asl Br	102.500.238,83	117.541.908,00	-15.041.669,00	-12,80%	123.521.625€	117.541.908€	5.979.717€	5,09%	102.500.239€	73.941.950€	28.558.288€	38,62%
Asl Fg	106.601.891,62	121.095.658,00	-14.493.766,00	-11,97%	129.046.279€	121.095.658€	7.950.621€	6,57%	106.601.892€	78.482.963€	28.118.928€	35,83%
Asl Le	177.053.094,63	217.595.864,00	-40.542.769,00	-18,63%	219.530.928€	217.595.864€	1.935.064€	0,89%	177.053.095€	133.355.219€	43.697.876€	32,77%
Asl Ta	132.527.267,06	161.870.839,00	-29.343.572,00	-18,13%	174.850.295€	161.870.839€	12.979.456€	8,02%	132.527.267€	97.582.085€	34.945.182€	35,81%
IRCCS DeBellis	5.851.931,15	7.361.382,00	-1.509.451,00	-20,50%	7.099.459€	7.361.382€	-261.923€	-3,56%	5.851.931€	4.662.062€	1.189.869€	25,52%
IRCCS Onc.	15.488.993,44	34.689.871,00	-19.200.878,00	-55,35%	34.910.818€	34.689.871€	220.947€	0,64%	15.488.993€	18.074.457€	-2.585.463€	-14,30%

Con riferimento all'anno 2024, i dati evidenziano uno sfioramento dei tetti di spesa sia per la convenzionata (+ 0,69%) sia per gli acquisti diretti (+ 32,77%), ma inferiore ai dati regionali, rispettivamente pari a + 1,01% e + 34,29%.

Come si evince dal prospetto, la ASL di Lecce registra uno sfioramento del tetto di spesa acquisti diretti inferiore alle altre ASL della regione con una buona *performance* di governo, tanto più che

nella ASL di Lecce non insistono aziende ospedaliere pubbliche alle quali viene assegnato un tetto di spesa differenziato.

La tabella seguente riporta l'andamento della spesa farmaceutica acquisti diretti nei tre canali di erogazione, ovvero Distribuzione Diretta (DD), Distribuzione Per Conto (DPC) e Consumi Interni (CI), evidenziando lo scostamento percentuale della spesa del 2024 rispetto a quella dell'anno precedente (fonte Disar, estrazione del 26.04.2025).

Azienda Sanitaria	Spesa DD NO Innovativi NO VAX	Spesa DD AP NO Innovativi NO VAX	Δ% Inc. Spesa DD NO Innovativi NO VAX vs Spesa DD AP NO Innovativi NO VAX	Spesa DPC	Spesa DPC AP	Δ% DPC vs DPC AP	Spesa CI NO Innovativi NO VAX	Spesa CI AP NO Innovativi NO VAX	Δ% Inc. Spesa CI NO Innovativi NO VAX vs Spesa CI AP NO Innovativi NO VAX	Spesa Totale AP NO Innovativi NO VAX	Spesa Totale NO Innovativi NO VAX	Δ% Inc. Spesa Totale AP NO Innovativi NO VAX vs Spesa Totale NO Innovativi NO VAX	Δ Spesa Totale NO Innovativi NO VAX vs Spesa Totale AP NO Innovativi NO VAX
Asl Ba	€ 171.915.359	€ 150.021.556	14,59%	€ 62.487.367	€ 60.287.471	3,65%	€ 26.115.364	€ 22.515.709	15,99%	€ 260.518.090	€ 232.824.736	11,89%	€ 27.693.354
Asl Br	€ 61.251.693	€ 56.989.118	7,48%	€ 21.465.608	€ 20.737.424	3,51%	€ 22.229.186	€ 21.251.278	4,60%	€ 104.946.487	€ 98.977.819	6,03%	€ 5.968.667
Asl Bt	€ 53.302.719	€ 46.772.249	13,96%	€ 17.789.570	€ 17.040.256	4,40%	€ 19.773.801	€ 18.215.051	8,56%	€ 90.866.090	€ 82.027.555	10,78%	€ 8.838.535
Asl Fg	€ 76.926.278	€ 59.687.817	28,88%	€ 28.253.971	€ 27.388.325	3,16%	€ 4.018.123	€ 4.946.382	-18,77%	€ 109.198.372	€ 92.022.525	18,66%	€ 17.175.847
Asl Le	€ 103.934.996	€ 93.444.894	11,23%	€ 38.917.604	€ 37.211.474	4,58%	€ 38.612.332	€ 41.874.124	-7,79%	€ 181.464.933	€ 172.530.492	5,18%	€ 8.934.441
Asl Ta	€ 87.131.168	€ 75.946.724	14,73%	€ 30.287.738	€ 29.287.803	3,41%	€ 18.336.704	€ 21.670.180	-15,38%	€ 135.755.610	€ 126.904.707	6,97%	€ 8.850.903
AO Polic.	€ 9.629.467	€ 10.061.869	-4,30%	€ 0	€ 0	€ 0	€ 50.674.656	€ 42.556.122	19,08%	€ 60.304.123	€ 52.617.991	14,61%	€ 7.686.133
AO Riuniti	€ 3.697.833	€ 4.203.209	-12,02%	€ 0	€ 0	€ 0	€ 18.054.277	€ 17.057.308	5,84%	€ 21.752.111	€ 21.260.517	2,31%	€ 491.594
IRCCS Onc.	€ 860.479	€ 665.515	29,30%	€ 0	€ 0	€ 0	€ 15.226.478	€ 17.988.390	-15,35%	€ 16.086.957	€ 18.653.904	-13,76%	€ -2.566.947
IRCCS De Bellis	€ 367.818	€ 274.551	33,97%	€ 0	€ 0	€ 0	€ 5.638.350	€ 5.399.738	4,42%	€ 6.006.168	€ 5.674.289	5,85%	€ 331.879
<b>Totale complessivo</b>	<b>€ 569.017.810</b>	<b>€ 498.067.501</b>	<b>14,25%</b>	<b>€ 199.201.859</b>	<b>€ 191.952.753</b>	<b>3,78%</b>	<b>€ 218.679.272</b>	<b>€ 213.474.281</b>	<b>2,44%</b>	<b>€ 986.898.941</b>	<b>€ 903.494.535</b>	<b>9,23%</b>	<b>€ 83.404.406</b>

Nel 2024 la Asl Le ha registrato un aumento del 5,18 % della spesa totale rispetto all'anno precedente, collocandosi al primo posto come inferiore incremento rispetto alle ASL pugliesi.

Dai dati si evince che il maggiore sfioramento è da imputare al canale della distribuzione diretta, che impatta per il 57,65 % sull'intero valore spesa farmaceutica acquisti diretti.

Per individuare le categorie di farmaci che determinano la maggior spesa, sono stati estratti, in data 26.04.2025 dalla piattaforma Disar, i dati relativi alle categorie ATC di secondo livello che determinano l'80% della spesa per ogni canale distributivo, al lordo del *pay back*, della spesa per farmaci innovativi e vaccini.

Gruppo Terapeutico Principale	GEN DIC 2023	GEN DIC 2024	Δ%
antineoplastici (L01)	€ 29.129.861,81	€ 30.717.048,25	5,45%
immunosoppressivi (L04)	€ 21.922.966,27	€ 22.492.299,59	2,60%
antiemorragici (B02)	€ 5.627.299,72	€ 6.413.474,72	13,97%
antivirali per uso sistemico (J05)	€ 5.529.074,37	€ 6.152.613,21	11,28%
altri preparati per il sistema respiratorio (R07)	€ 6.010.027,64	€ 5.798.798,60	-3,51%
terapia endocrina (L02)	€ 4.231.412,00	€ 5.256.595,32	24,23%
tutti gli altri prodotti terapeutici (V03)	€ 4.320.777,06	€ 4.090.931,44	-5,32%
altri farmaci del sistema nervoso (N07)	€ 3.486.356,38	€ 3.744.947,02	7,42%
sostanze modificatrici dei lipidi (C10)	€ 2.656.404,43	€ 3.466.381,31	30,49%
antiasmatici (R03)	€ 2.779.404,01	€ 3.313.616,99	19,22%
altri preparati dermatologici (D11)	2905901,474	3284314,7	13,02%
...	...	...	...
<b>Totale Complessivo</b>	<b>€ 109.109.103,81</b>	<b>€ 117.203.280,35</b>	<b>7,42%</b>

Gruppo Terapeutico Principale	GEN DIC 2023	GEN DIC 2024	Δ%
farmaci usati nel diabete (A10)	€ 14.381.880,69	€ 15.424.935,27	7,25%
antitrombotici (B01)	€ 10.483.706,34	€ 11.278.810,67	7,58%
terapia endocrina (L02)	€ 2.335.575,52	€ 2.262.846,22	-3,11%
farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa (M05)	€ 1.779.877,51	€ 1.916.544,68	7,68%
farmaci antianemici (B03)	€ 1.652.045,62	€ 1.733.477,92	4,93%
...	...	...	...
<b>Totale Complessivo</b>	<b>€ 37.161.201,43</b>	<b>€ 38.859.374,96</b>	<b>4,57%</b>

Gruppo Terapeutico Principale	GEN DIC 2023	GEN DIC 2024	Δ%
antineoplastici (L01)	€ 23.066.805,63	€ 24.814.448,85	7,58%
vaccini (J07)	€ 5.695.431,14	€ 7.600.344,83	33,45%
immunosoppressivi (L04)	€ 5.812.212,46	€ 4.882.081,82	-16,00%
altri farmaci dell'apparato gastrointestinale e del metabolismo (A16)	€ 5.178.331,88	€ 3.886.792,73	-24,94%
antivirali per uso sistemico (J05)	€ 1.858.145,51	€ 2.463.914,68	32,60%
altri farmaci del sistema nervoso (N07)	€ 2.367.760,11	€ 2.456.280,94	3,74%
antibatterici per uso sistemico (J01)	€ 2.292.209,54	€ 2.178.473,39	-4,96%
sieri immuni ed immunoglobuline (J06)	€ 1.565.005,59	€ 1.659.316,92	6,03%
...	...	...	...
<b>Totale Complessivo</b>	<b>€ 61.924.421,15</b>	<b>€ 61.981.500,93</b>	<b>0,09%</b>

Distribuzione Diretta (DD): forte incidenza di farmaci biologici e oncologici con un incremento di DDD (+32%) a fronte di una spesa controllata (+5%).

Distribuzione per Conto (DPC): la spesa per antidiabetici innovativi e anticoagulanti diretti è in crescita, ma correlata a un'adeguata presa in carico.

Convenzionata: riduzione -2,5% della spesa rispetto al 2023, coerente con il passaggio a DPC e DD.

Per il contenimento della spesa farmaceutica è stato effettuato un monitoraggio trimestrale con la trasmissione agli specialisti interessati di specifici *report*, che sono stati oggetto di approfondimento negli incontri di *audit* in presenza, proposti dal Dipartimento Farmaceutico, su convocazione del Direttore Sanitario aziendale, a cui hanno partecipato oncologi, ematologi, reumatologi, gastroenterologi e dermatologi.

Occorre evidenziare che lo sfioramento del tetto per la distribuzione diretta risente, per il 37%, di prescrizioni effettuate da centri fuori ASL sulle quali è difficile agire in maniera efficace.

SINTESI EXTRA ASL 2024 vs 2023								
Azienda Struttura Sanitaria Prescrittore	2023			2024			Δ 24 VS 23	
	N. DDD	Spesa	Incidenza su spesa totale	N. DDD	Spesa	Incidenza su spesa totale	N. DDD	Spesa
le (160116)	5 547 204	70 449 317.88 €	64.57%	7 305 607	74 123 691.14 €	63.44%	32%	5%
tricase	219 657	11 611 591.54 €	10.64%	436 083	12 766 427.63 €	10.93%	99%	10%
policlinico - bari	155 051	10 214 923.98 €	9.36%	332 151	10 172 190.97 €	8.71%	114%	0%
altre extra asl	175 942	8 116 155.39 €	7.44%	401 383	9 785 952.23 €	8.38%	128%	21%
asl brindisi	93 517	3 576 576.34 €	3.28%	160 097	4 289 787.06 €	3.67%	71%	20%
casa sollievo - san giovanni rotondo	16 876	756 477.71 €	0.69%	63 693	1 561 587.39 €	1.34%	277%	106%
asl foggia	24 054	1 612 562.51 €	1.48%	27 866	1 451 106.47 €	1.24%	16%	-10%
asl taranto	31 860	753 995.45 €	0.69%	55 037	813 762.35 €	0.70%	73%	8%
case di cura	54 642	503 650.42 €	0.46%	111 537	618 985.10 €	0.53%	104%	23%
asl bari	6 558	492 214.12 €	0.45%	11 772	430 131.90 €	0.37%	80%	-13%
miulli - acquaviva delle fonti	4 756	284 283.75 €	0.26%	6 203	219 204.97 €	0.19%	30%	-23%
rsa/rssa/comunità sr	735 454	207 565.79 €	0.19%	816 601	202 179.09 €	0.17%	11%	-3%
ao di venire - bari	1 314	175 021.17 €	0.16%	3 214	199 628.39 €	0.17%	145%	14%
osp. riuniti - foggia	3 176	326 539.07 €	0.30%	9 157	195 839.79 €	0.17%	188%	-40%
asl bat	951	28 352.12 €	0.03%	1 488	7 781.21 €	0.01%	56%	-73%
<b>Totale extra asl</b>	<b>1 523 809</b>	<b>38 659 909.34 €</b>	<b>35%</b>	<b>2 436 281</b>	<b>42 714 564.56 €</b>	<b>37%</b>	<b>60%</b>	<b>10%</b>
<b>Totale complessivo</b>	<b>7 071 013</b>	<b>109 109 227.22 €</b>	<b>100%</b>	<b>9 741 888</b>	<b>116 838 255.70 €</b>	<b>1.33778132</b>	<b>26%</b>	<b>7%</b>

Da quanto esposto, si evidenzia che il Dipartimento Farmaceutico ha posto in essere tutte le possibili azioni volte al contenimento della spesa e al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva; il mancato raggiungimento dell'obiettivo è imputabile a fattori al di fuori della *governance* aziendale: dinamiche connesse all'introduzione di nuovi farmaci costosi o a nuove indicazioni terapeutiche, all'invecchiamento della popolazione e all'incremento di patologie croniche e oncologiche.

### **Obiettivo: Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici**

Con D.G.R. n. 849/2024, "Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici. Attribuzione dei tetti di spesa ai sensi dell'art.1, comma131, della L. 24/12/2012n. 228 e smi e degli obiettivi minimi di budget per singola azienda pubblica del S.S.R. per l'anno 2024", la Regione ha provveduto all'attribuzione dei tetti di spesa per singola azienda pubblica del SSR per l'anno 2024.

Di seguito si riporta il prospetto dei dati della spesa sostenuta dall'ASL di Lecce nel corso del 2024, attinti dal cruscotto "MTS Monitoraggio tetti spesa assistenza farmaceutica" del Sistema Informativo Sanitario Regionale Edotto - Direzionale del SSR (Disar), estrazione del 23/04/2025 e degli scostamenti rilevati rispetto ai tetti definiti con la citata D.G.R. n. 512/2023 a livello aziendale e regionale.

	DISPOSITIV MEDICI			
	Spesa CE Periodo di riferimento (A)	Tetto periodo di riferimento (B)	Imp. Residuo ( A - B )	(%) Scostamento Δ (A - B) / B
Regione	€ 577.320.619	€ 371.277.354	€ 206.043.266	55,50%
Asl Ba	€ 119.912.467	€ 62.795.914	€ 57.116.553	90,96%
Asl Br	€ 48.706.492	€ 35.748.411	€ 12.958.081	36,25%
Asl Bt	€ 45.581.298	€ 29.671.642	€ 15.909.656	53,62%
Asl Fg	€ 34.865.743	€ 16.804.321	€ 18.061.422	107,48%
Asl Le	€ 117.350.287	€ 81.399.824	€ 35.950.463	44,17%
Asl Ta	€ 77.909.360	€ 51.949.102	€ 25.960.258	49,97%
AO Polic.	€ 73.341.068	€ 48.247.767	€ 25.093.301	52,01%
AO Riuniti	€ 41.533.143	€ 33.301.828	€ 8.231.315	24,72%
IRCCS De Bellis	€ 9.770.265	€ 4.214.705	€ 5.555.560	131,81%
IRCCS Onc.	€ 8.350.497	€ 7.143.838	€ 1.206.659	16,89%

Tutte le aziende sanitarie della Regione Puglia presentano uno sfioramento dei tetti dispesa, lo sfioramento registrato dalla ASL di Lecce è inferiore alla media regionale ed è correlato all'aumento della popolazione anziana o con gravi disabilità.

L'andamento della spesa della ASL di Lecce risente anche di una maggiore efficienza nella gestione degli acquisti. Infatti, con riferimento ai dispositivi Diagnostici in Vitro (IVD), nel corso del 2023-2024 si è proceduto ad una revisione complessiva di tutte le forniture, grazie anche all'apporto dell'Ufficio Unico del Farmaco, che ha consentito di effettuare il confronto con i prezzi di acquisto delle altre Aziende Sanitarie della Regione Puglia e la conseguente rinegoziazione dei prezzi praticati alla ASL di Lecce dalle ditte fornitrici, nelle more dell'espletamento della gara aziendale.

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

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

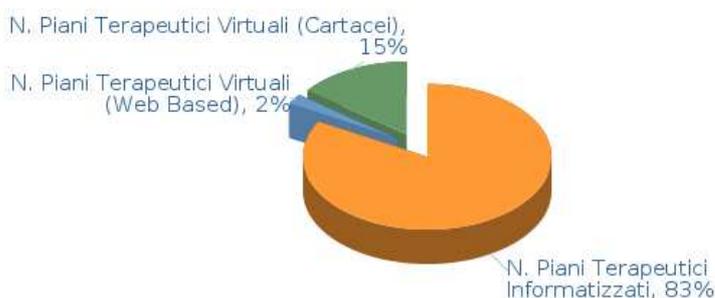
Nel 2024, la ASL di Lecce ha mantenuto un buon livello di adozione dei farmaci biosimilari, con performance differenziate per molecola. L'adozione è superiore alla media regionale per *infliximab* e *adalimumab*, ma ancora migliorabile per *epoetine* e G-CSF.

PRINCIPII ATTIVI	ASL LECCE						REGIONE PUGLIA						
	INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO						INC. % DDD FARMACO AQR vs TOTALE PRINCIPIO ATTIVO						
	GEN-DIC 2019	GEN-DIC 2020	GEN-DIC 2021	GEN-DIC 2022	GEN-DIC 2023	GEN-DIC 2024	GEN-DIC 2019	GEN-DIC 2020	GEN-DIC 2021	GEN-DIC 2022	GEN-DIC 2023	GEN-DIC 2024	
Obiettivo Regione Puglia D.G.R. 356/2019: 70% basso costo sul totale dei p.a. rituximab e trastuzumab	Rituximab	73,09%	93,50%	99,60%	99,27%	100,00%	100,00%	60,20%	91,30%	98,61%	99,00%	100,00%	100,00%
	Trastuzumab	39,65%	95,27%	97,45%	97,64%	97,00%	91,70%	37,93%	85,60%	85,19%	92,87%	94,10%	93,10%
Obiettivo Regione Puglia D.G.R. 1188/2019: 50% basso costo sul totale dei p.a. adalimumab, infliximab ed etanercept	Adalimumab	8,36%	44,74%	59,34%	71,49%	81,70%	65,48%	12,46%	53,29%	64,59%	73,21%	79,06%	69,93%
	Infliximab	94,55%	98,67%	99,00%	98,37%	89,99%	100,00%	69,71%	86,96%	89,62%	90,90%	94,68%	98,56%
	Etanercept	24,53%	45,28%	54,28%	66,37%	85,62%	66,66%	21,99%	55,70%	67,79%	74,85%	86,03%	72,06%
Filgrast in	99,32%	98,59%	99,63%	91,62%	79,22%	75,15%	97,48%	96,08%	97,85%	88,19%	77,33%	74,16%	
Pegfilgrast in	35,96%	94,92%	96,31%	97,69%	82,78%	73,76%	30,35%	82,98%	94,75%	97,50%	83,09%	72,28%	
Somatropina	16,49%	34,03%	72,68%	77,41%	76,28%	69,04%	21,65%	54,12%	79,38%	81,81%	70,94%	67,30%	
Eritropoietine	81,68%	97,34%	98,28%	99,51%	85,43%	76,02%	67,38%	89,24%	92,67%	99,19%	85,43%	74,00%	
Follitropina alfa	19,41%	40,17%	46,50%	48,34	51,98%	41,16%	21,52%	43,49%	36,60%	46,49%	36,92%	48,88%	
Bevacizumab	//	31,08%	96,11%	98,10%	93,70%	100,00%	//	22,43%	82,14%	81,00%	98,68%	99,72%	

Fonte dati Disar Edotto  
estrazioni del 08/04/2025 Area Gestione Servizio Farmaceutico ASL LE

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

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



Nel 2024, la dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche ha rappresentato un elemento centrale nella strategia di modernizzazione e controllo della ASL di Lecce. I principali risultati sono:

- copertura superiore al 99% nella farmaceutica convenzionata;
- estensione della dematerializzazione della ricetta nella DPC;
- copertura dell'83% dei Piani Terapeutici informatizzati;
- migliore tracciabilità, riduzione degli errori, supporto all'appropriatezza e controllo della spesa.

Dal confronto tra le ASL Pugliesi risulta che ASL Lecce è tra le ASL più digitalizzate.

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

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

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

Con riferimento alla distribuzione dei farmaci del primo ciclo di terapia dopo dimissione o visita ambulatoriale, si riportano i dati 2023/2024 estratti dal Disar Edotto al 21.05.2024. Si rileva un incremento del 3,93% rispetto al 2023. Inoltre, nel 2024, è stata aperta la Farmacia delle Dimissioni presso il DEA del P.O. Vito Fazzi.

Anno rilascio	Totale	Prestazioni prescritte	
	N. prestazioni farmaci in continuità terapeutica dopo visita ambulatoriale / ricovero	N. prestazioni primo ciclo di terapia	Incidenza n. prestazioni primo ciclo di terapia / n. prestazioni totali
2023	26.938	15.576	57,82%
2024	37.073	22.893	61,75%

È stata altresì incrementata la distribuzione diretta ai pazienti ospiti di RSA di circa il 40% in termini di quantità consumate. Tale risultato è stato raggiunto attraverso riunioni con i singoli medici prescrittori presso ogni distretto che hanno portato alla riconciliazione terapeutica verso farmaci in gara e a miglior costo/efficacia.

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

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

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

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

Si è assicurata la partecipazione di un farmacista dell'Area Farmaceutica in ogni commissione distrettuale convocata dal Direttore di DSS successive ai *report* bimestrali inviati dalla stessa area, nella maggior parte dei DSS sono state richieste controdeduzioni e convocati i medici in seno alle UDMG.

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

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

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

Sono stati acquisiti i verbali di auto-ispezione del 90% delle unità operative afferenti ad ogni farmacia e sono state eseguite ispezioni presso il 30% delle unità operative afferenti ad ogni farmacia.

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

Entro il 20 gennaio 2025 è stata inviata all'U.O.S.E., da parte dell'Area Farmaceutica, l'attestazione relativa al dato qualitativo della copertura dei flussi della distribuzione diretta /conto economico, basandosi sull'unico calcolo possibile (Flussi Edotto/ consumato Moss) relativo ai consumi per i centri di costo della distribuzione diretta. Il dato anno 2024 relativo a tale calcolo è pari al 97,14%.

Macro-area: Aspetti economici finanziari ed efficienza operativa

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

A seguito della costituzione dell'Ufficio Unico del Farmaco è stato possibile garantire il monitoraggio dei contratti di fornitura di beni sanitari, la tempestiva adesione alle gare espletate dal soggetto aggregatore e l'attività di osservatorio prezzi; inoltre la piena funzionalità di tale ufficio ha consentito di migliorare notevolmente l'Indice di tempestività dei pagamenti che al 31.12.2024 è stato pari a - 33.

Legalità, trasparenza e formazione

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

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

Valutazione risultati Dipartimento del Farmaco

Dall'analisi della relazione e dalle schede di valutazione si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate (da incrementare al fine di garantire il raggiungimento di obiettivi complessi e importanti quali quelli relativi all'assistenza farmaceutica) e le criticità connesse all'incremento dei pazienti presi in carico, il Dipartimento Farmaceutico ha perseguito gli obiettivi fissati per l'anno 2024 con *performance* positive su gran parte delle aree di valutazione.

Nel complesso la valutazione della *performance* delle UU.OO. afferenti al Dipartimento Farmaceutico si colloca sul valore di conseguimento degli obiettivi > 90%.

## 5.9 Strutture Amministrative, Tecnico-Professionali ed Uffici di staff

Al fine di rendere più agevole la lettura, si riportano di seguito le tabelle di sintesi con i risultati raggiunti dalle Strutture amministrative, tecnico-professionali raggruppate per dipartimento e le tabelle degli uffici di staff della direzione aziendale.

### Dipartimento Amministrazione, Finanza e Controllo

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso dell'anno 2024 l'Area ha assicurato il costante aggiornamento dei dati sul sistema regionale EDOTTO nella sezione "ruoli nominativi del personale" e il rispetto dei termini per gli adempimenti regionali/nazionali obbligatori.
Messa a regime del Portale del Dipendente e della Piattaforma per la valutazione della Performance Individuale	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Il Portale del Dipendente è stato messo a regime dal mese di giugno 2024 ed è in costante evoluzione in termini di servizi messi a disposizione. La piattaforma per la valutazione della performance individuale è stata attivata ed utilizzata per le valutazioni 2022 e 2023.
Costituzione Fondi Aziendali per diverse Aree contrattuali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Costituzione Fondi Aziendali per diverse Aree contrattuali con deliberazioni: a) Comparto DDG n. 565 del 23.05.2024; b) Area Sanità DDG n. 572 del 23.05.2024 e DDG n. 1056 del 2.10.2024; c) Area Funzioni Locali DDG n. 566 del 23.05.2024 e n. 1010 del 17.09.2024.
Contrattazione decentrata annualità 2024	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024 l'Area ha fornito pieno supporto alla Direzione Strategica nella contrattazione decentrata tramite la presenza costante e fattiva per la definizione degli accordi in materia di premialità, dirigenza e comparto, nonché per le altre tematiche derivanti dall'applicazione degli istituti contrattuali (contrattazione decentrata comparto sugli istituti previsti nel CCNL). E' stato inoltre assicurato pieno supporto per le altre tematiche su cui si sono tenuti incontri specifici in merito a organizzazione dipartimentale, definizione degli incarichi di dirigenza dell'Area Sanità (incarichi professionali). In attuazione dei regolamenti per affidamento e graduazione degli incarichi di funzione organizzativa e professionale del personale di Comparto (Area Professionisti della salute e dei funzionari) sono state portate a termine le procedure per l'affidamento degli stessi.
Supporto alla riorganizzazione dipartimentale della ASL LECCE	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato il supporto alla Direzione Strategica per la eventuale revisione della organizzazione dipartimentale adottata con DDG 290/2023 in occasione della predisposizione dell'Atto Aziendale trasmesso alla Regione Puglia con nota prot. n. 96346 del 26.04.2024.
Pesatura incarichi dirigenziali Area Sanità in attuazione del vigente regolamento aziendale	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	E' stato fornito supporto alla Direzione Sanitaria per l'individuazione del numero e tipologia degli incarichi di natura professionale dell'Area Sanità mediante una simulazione della pesatura degli stessi nei limiti del relativo fondo di posizione.
Revisione Regolamento aziendale ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla revisione del Regolamento aziendale per l'Attività Libero Professionale adottato con DDG n. 1344 del 22.11.2024
Predisposizione e aggiornamento del Piano triennale del fabbisogno di personale secondo le linee guida regionali e gestione delle procedure concorsuali secondo le indicazioni della Direzione Strategica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel 2024 è stato approvato in via definitiva il PTFP 2022 - 2024 con DDG n. 562 del 24.05.2024, a seguito di DGR n. 517 del 22.04.2024. E' stato, inoltre, assicurato l'adempimento previsto dalla Circolare Madia per l'inserimento nel sistema informativo del MEF (SICO).
Sottoscrizione Accordo Attuativo Locale Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Nel 2024 è stata avviata la delegazione trattante per la sottoscrizione dell'Accordo Attuativo Locale Medicina Specialistica Ambulatoriale Interna. Si sono tenuti incontri per la predisposizione della piattaforma condivisa con le OO.SS. rappresentative. Il procedimento di sottoscrizione dell'Accordo è in stato avanzato con probabile definizione entro il 2025.
Redazione regolamento gestione rapporti con il personale universitario	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato predisposto il regolamento gestione rapporti con il personale universitario in collaborazione con la Direzione Amministrativa del P.O. Vito Fazzi, trasmesso alla Direzione Strategica con nota prot. n. 272179 del 30.12.2024.
Rendicontazione trimestrale per CE e monitoraggio vincoli di spesa	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024 l'Area ha assicurato la predisposizione dei rendiconti trimestrali e dei consuntivi annuali per l'anno di competenza.
Gestione unificata e monitoraggio corretto utilizzo del sistema rilevazione presenze personale dipendente e convenzionato	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	E' stata realizzata la procedura per l'unificazione in una piattaforma software della rilevazione presenze con le paghe; il tutto in un sistema software integrato.
Supporto al Controllo di Gestione per la tenuta della contabilità analitica separata per ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024 è stata eseguita la ricognizione della stratificazione dei debiti verso il personale dipendente riveniente dai fondi di accantonamento ALPI e la rilevazione dei costi e ricavi in contabilità separata secondo la metodologia condivisa con il Controllo di Gestione.
Integrazione degli applicativi HR in uso al personale con il MOSS	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area ha collaborato attivamente e con continuità alla corretta integrazione dei dati HR - MOSS, pervenendo alla alimentazione automatica dei dati HR su MOSS sia in contabilità generale che in contabilità analitica.
Assicurare gli interventi di competenza necessari per il raggiungimento della regolarità contributiva aziendale	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Al fine accelerare il processo di raggiungimento della regolarità contributiva aziendale, per la parte di competenza, di concerto con la Direzione Amministrativa, è stata affidata alla software house Engineering l'attività di rettifica delle DMA.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024 è stato dato tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale nei termini previsti.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024 il personale afferente all'Area è stato coinvolto costantemente, nell'ambito delle attività lavorative di competenza nelle tematiche riguardanti il rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità; inoltre l'attività degli Uffici è stata improntata alla massima trasparenza nei rapporti con l'utenza esterna ed interna, oltre che alla predisposizione degli atti
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024 il personale afferente all'Area è stato coinvolto costantemente, nell'ambito delle attività lavorative di competenza, nelle tematiche riguardanti il rispetto dei principi di buon andamento ed imparzialità; inoltre l'attività degli Uffici è stata improntata alla massima trasparenza nei rapporti con l'utenza esterna ed interna, oltre che alla predisposizione degli atti
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Implementazione attività propedeutiche alla predisposizione del Piano Formativo Aziendale 2023-2025 - Procedure per la realizzazione e definizione delle risorse (rif. DDG 81/2024)

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto a rispettare i tempi per l'inserimento dei dati di competenza dell'Area sui sistemi informativi gestionali.
Predisposizione Bilancio previsionale annuale e pluriennale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il bilancio di previsione 2024 e pluriennale 2024-2026 è stato predisposto nei termini previsti dalla Regione. Relativamente al Bilancio di previsione 2025 - 2027, seppur realizzate tutte le attività propedeutiche alla adozione, la Regione, con nota prot. n. 627687 del 17.12.2024 ha prorogato la scadenza a febbraio 2025.
Verifica rispetto condizioni di equilibrio economico - finanziario	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La verifica del rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario avviene costantemente. In particolare l'equilibrio economico viene monitorato attraverso la redazione trimestrale dei modelli CE, l'equilibrio finanziario attraverso il monitoraggio della movimentazione di cassa/tesoreria.
Predisposizione e invio informatico trimestrale alla Regione e MEF del Conto Economico trimestrale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto con regolarità ad elaborare nell'anno 2024, coerentemente con quanto stabilito dal D.Lgs. 118/2011 e s.m.i., i quattro modelli di conto economico CE per ciascun trimestre, ovvero 4° Trimestre 2023, 1°, 2° e 3° Trimestre 2024. Gli stessi sono stati trasmessi nei tempi previsti sia alla Regione che al Ministero della Salute, attraverso il Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS).
Predisposizione relazioni di accompagnamento ai CE Trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Per ciascun modello CE trimestrale nell'anno 2024 si è provveduto ad elaborare ed a inviare a mezzo PEC all'Ispektorato Generale per la Spesa Sociale I.GE.S.P.E.S." la certificazione di accompagnamento al modello CE trimestrale". Il 4° trim. 2023, inviato in data 5 marzo 2024; il 1° trim. 2024 inviato in data 21 maggio 2024; il 2° trim. 2024 inviato in data 6 agosto 2024; il 3° trim. 2024 inviato in data 20 novembre 2024.
Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario (DGR 1558/2023)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state rispettate le scadenze stabilite dalla Regione come dettagliatamente riportato nella cella indicatori operativi.
Effettivo avvio del sistema autorizzatorio certificato con relazione da parte della software house e/o DEC progetto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto all'effettivo avvio del sistema autorizzatorio sul "Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del SSR" (MOSS) come certificato dal DEC del Progetto Regionale con nota prot. 231130 del 06.11.2024.
Avvio del processo di controllo interno secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale dalla Regione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area Risorse Finanziarie, nelle more della definizione di specifici indicatori regionali, assicura periodicamente la corretta tenuta della contabilità generale attraverso la verifica dei mastri contabili, ovvero se le registrazioni in contabilità generale sono effettuate sui conti appropriati e se viene rispettato il principio della competenza economica. Quotidianamente viene effettuata la verifica sulle fatture liquidate dai diversi centri di spesa per la conseguente emissione dei mandati di pagamento.
Revisione progetti in corso e rideterminazione fondo quote inutilizzate esercizi precedenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024, in sede di redazione del bilancio di esercizio 2023, è stata effettuata una revisione dei progetti, con la rideterminazione delle quote inutilizzate. La medesima attività per l'anno 2024 sarà eseguita in sede di chiusura dell'esercizio.
Tenuta della contabilità analitica separata per ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata assicurata la tenuta della contabilità separata per l'ALPI, in collaborazione con Area Gestione del Personale e l'Unità Controllo di Gestione, secondo la metodologia definita nelle "Linee Guida per la tenuta della contabilità separata e la comparazione dei ricavi e dei proventi con i costi e gli oneri di esercizio dell'attività libero - professionale intramuraria", adottate con Deliberazione D.G. n. 895 del 18.12.2023.
Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati i tempi assegnati all'Area Gestione Risorse Finanziarie stabiliti nella nota aziendale prot. n. 169529 del 26.09.2022, ovvero 10 giorni per la registrazione della fattura dall'arrivo della stessa nell'Archivio temporaneo e 10 giorni per l'emissione del mandato di pagamento dalla data liquidazione della fattura. L'ITP al 31.12.2024, a livello aziendale, giusta nota prot. n. 22034 del 5.02.2025, è pari a - 33.
Verifica/monitoraggio mensile ITP dei diversi centri di spesa	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nonostante l'ITP venga determinato mensilmente, il monitoraggio dell'ITP dei vari Centri di Spesa viene effettuato trimestralmente attraverso nota aziendale.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La ASL di Lecce, già individuata quale azienda capofila per l'avvio del MOSS ha portato a regime tutte le funzionalità della gestione amministrativa - contabile prevista con la nuova procedura secondo le indicazioni fornite dalla Regione con i manuali relativi ai diversi cicli contabili.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area Risorse Finanziarie, in collaborazione con il Controllo di Gestione, è impegnata quotidianamente nella interazione con tutte le aree di gestione, le strutture operative e centri di spesa al fine di assicurare la corretta alimentazione dei sub sistemi contabili di rispettiva competenza.
Assicurare gli interventi di competenza necessari per il raggiungimento della regolarità contributiva aziendale	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	L'Area Risorse Finanziarie effettua regolarmente, con cadenza mensile, i versamenti contributivi. Tuttavia, per la risoluzione della problematica legata alla regolarità del DURC si è venuti a conoscenza che al fine accelerare il processo di raggiungimento della regolarità contributiva aziendale è stata affidata alla software house Engineering l'attività di rettifica delle DMA.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I riscontri al Collegio sindacale sui rilievi formulati avvengono entro 15 giorni dalla richiesta del Direttore Amministrativo
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il Sottoscritto opera un controllo costante sul rispetto, anche del personale assegnato, delle misure previste dal Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e trasparenza.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Vengono sistematicamente garantiti gli adempimenti per le pubblicazioni obbligatorie per legge.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Viene curata la formazione del personale assegnato all'area secondo i piani formativi aziendali.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Monitoraggio abbattimento tempi di attesa / Volumi e tipologia di prestazioni per Struttura/CdC	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Viene assicurato il monitoraggio continuo dei volumi di attività con reportistica trimestrale per Struttura e Centro di Costo (CdC), con il dettaglio delle prestazioni ed il confronto con l'anno precedente. Tale reportistica viene pubblicata sulla intranet aziendale e trasmessa ai centri di responsabilità raggruppati per dipartimento. In collaborazione con la RULA e gli uffici della Direzione Sanitaria Aziendale sono stati elaborati gli esiti dei monitoraggi semestrali richiesti dalla Regione sulle attività poste in essere per la riduzione delle liste di attesa. Inoltre, è stata assicurata la costante partecipazione al gruppo di lavoro costituito con nota della Direzione Strategica n. 215678 del 14.10.2024 per l'attuazione delle disposizioni regionali di cui alla DGR n. 1568/2023, DGR n. 980/2024 e DGR n. 936/2024 mediante lo sviluppo dei piani di lavoro utili alla negoziazione e all'acquisto delle prestazioni da parte delle strutture private accreditate con l'utilizzo delle risorse aggiuntive assegnate dalla Regione Puglia con le DGR richiamate per l'abbattimento delle liste di attesa.
Monitoraggio complessivo sul rispetto dei vincoli di finanza pubblica sulla spesa farmaceutica mediante la produzione di specifici report bimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Viene assicurato il monitoraggio continuo dei consumi farmaceutici per Struttura e CdC, con reportistica bimestrale che riporta il dettaglio dei beni che registrano una maggiore incidenza sulla spesa, nonché gli scostamenti per conto economico rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tali report sono pubblicati sulla intranet aziendale e trasmessi ai centri di responsabilità raggruppati per dipartimenti. Viene assicurata, inoltre, la collaborazione costante all'Area Farmaceutica per la redazione del rapporto bimestrale sull'andamento della spesa farmaceutica ai sensi della L.R. 7/2022.
Monitoraggio complessivo sul rispetto dei vincoli di finanza pubblica sulla spesa per dispositivi medici mediante la produzione di specifici report bimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Viene assicurato il monitoraggio continuo dei consumi di dispositivi medici per struttura e CdC, con reportistica bimestrale che riporta il dettaglio dei beni che registrano una maggiore incidenza sulla spesa, nonché gli scostamenti per conto economico rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Tali report sono pubblicati sulla intranet aziendale e trasmessi ai centri di responsabilità raggruppati per dipartimenti. Viene assicurata, inoltre, la collaborazione con il Dipartimento Farmaceutico per le relazioni e le rendicontazioni sull'andamento della spesa.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati trasmessi, entro i tempi previsti, i flussi informativi per gli adempimenti connessi gli obblighi informativi verso la Regione e il Ministero, con particolare riferimento alla elaborazione e trasmissione tramite NSIS dei Modelli ministeriali LA e CP.
Trasmissione, entro il 30 giugno, del Bilancio di verifica per Centro di costo in quadratura con il Bilancio dell'esercizio relativo all'esercizio precedente, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'azienda, del Presidio e della singola Unità Operativa in termini di efficienza e di efficacia, nonché del completamento dei progetti regionali correlati	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato trasmesso alla Regione il Bilancio per Centri di Responsabilità in quadratura con il Bilancio dell'esercizio 2023 e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo, al fine di garantire un monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività per una valutazione complessiva dell'azienda, delle macrostrutture aziendali e dei centri di responsabilità in termini di efficienza ed efficacia, secondo le richieste regionali e nei termini previsti.
Trasmissione, entro il 1 agosto, del Bilancio di verifica per Centro di costo al 30.06.2024 in quadratura con il Conto Economico modello CE al 30.06.2024, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'azienda, del Presidio e della singola Unità Operativa in termini di efficienza e di efficacia, nonché del completamento dei progetti regionali correlati	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato trasmesso alla Regione il Bilancio per Centri di Responsabilità in quadratura con il Conto Economico Modello CE al 30.06.2024, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito delle attività di Controllo di Gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'azienda, delle macrostrutture aziendali e dei centri di responsabilità in termini di efficienza ed efficacia, secondo le richieste regionali e nei termini previsti.
Elaborazione conti economici trimestrali su costi diretti per Struttura e CdC	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Vengono elaborati con cadenza trimestrale i conti economici per Struttura e CdC con il dettaglio delle attività valorizzate a tariffa (ricavi figurativi), dei costi diretti relativi a consumi, personale e consulenze interne, ed il confronto con i valori rilevati nel medesimo periodo dell'anno precedente. I conti economici unitamente ai dati di attività sono pubblicati sulla intranet aziendale e trasmessi, mediante quadri sinottici, ai centri di responsabilità raggruppati per dipartimenti.
Tenuta della contabilità analitica separata per ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata assicurata la tenuta della contabilità separata per l'ALPI, in collaborazione con Area Gestione del Personale e Area Gestione Risorse Finanziarie, secondo la metodologia definita nelle "Linee Guida per la tenuta della contabilità separata e la comparazione dei ricavi e dei proventi con i costi e gli oneri di esercizio dell'attività libera - professionale intramuraria", adottate con Deliberazione D.G. n. 895 del 18.12.2023.
Revisione Regolamento aziendale ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla revisione del Regolamento aziendale per l'Attività Libero Professionale adottato con DDG n. 1344 del 22.11.2024.
Effettivo avvio del sistema autorizzatorio certificato con relazione da parte della software house e/o DEC progetto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto all'effettivo avvio del sistema autorizzatorio sul "Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del SSR" (MOSS) come certificato dal DEC del Progetto Regionale con nota prot. 231130 del 06.11.2024.
Avvio del processo di controllo interno secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale dalla Regione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La ASL di Lecce è stata individuata quale azienda capofila per la contabilità analitica e il controllo di gestione da avviare tramite procedura MOSS. Nel corso del 2024 sono state assicurate tutte le attività programmate dal Tavolo Regionale di Monitoraggio per l'avvio del controllo di gestione su MOSS.
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali e predisposizione Modello LA	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata assicurata la costante collaborazione con AGRF per la predisposizione dei rendiconti trimestrali ed è stato elaborato il Modello LA secondo le indicazioni regionali, regolarmente trasmesso su NSIS nel rispetto dei termini previsti.
Rilevazione in collaborazione con le Aree di gestione e le Strutture operative dei fabbisogni di risorse	OBIETTIVO RAGGIUNTO	In fase di predisposizione del Bilancio di Previsione è stata assicurata la massima collaborazione con la Direzione Amministrativa, le Aree di Gestione e le Strutture Operative assegnatarie di budget di spesa, per la rilevazione dei fabbisogni di risorse nel rispetto dei vincoli di bilancio. È stato assicurato il supporto alla Direzione Strategica nella redazione del Piano Strategico allegato al bilancio di previsione 2024.
Supporto direzione strategica, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, per la presentazione di un piano di riequilibrio della gestione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato assicurato il costante supporto alla Direzione Aziendale sugli atti di pianificazione strategica e sulla valutazione delle condizioni di equilibrio economico finanziario della gestione, anche attraverso la redazione della relazione di accompagnamento al bilancio consuntivo.
Predisposizione della sezione Piano della Performance del PIAO e successiva pubblicazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata curata la predisposizione del Piano delle Performance 2024 – 2026, confluito nella sezione "Valore Pubblico, Anticorruzione e Performance" del PIAO. Per la redazione dell'intero documento è stato convocato il Gruppo di lavoro, costituito con nota prot. n. 6880 del 16.01.2023, e coordinato dal sottoscritto che ha elaborato il suddetto documento, adottato nei termini di legge, con deliberazione D.G. n. 87 del 31.01.2024 ad oggetto "Piano Integrato di attività e organizzazione" (PIAO) 2024-2026 dell'ASL Lecce – Approvazione".
Predisposizione schede di budget ed elaborazione di un sistema di indicatori per la valutazione della Performance	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state predisposte le schede di budget per la negoziazione tra la Direzione Strategica e tutti i Centri di Responsabilità. Tali schede, articolate per macro aree di valutazione, riportano la correlazione tra obiettivi strategici e obiettivi operativi, unitamente ad un sistema di indicatori per la valutazione della Performance. Si è proceduto, inoltre, a coordinare i lavori della Struttura Tecnica Permanente di supporto all'OIV per la elaborazione della Relazione sulla Performance 2023 validata dall'OIV.
Aggiornamento e adozione del nuovo Regolamento Aziendale su Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	In attuazione delle nuove disposizioni ministeriali, si è proceduto all'aggiornamento delle schede di valutazione individuale riferite alle diverse aree contrattuali, con DDG n. 393 del 10.04.2024. Successivamente, anche su impulso della Direzione Strategica, è stato avviato un processo di revisione complessiva del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP), anche al fine di adeguare le procedure aziendali alle recenti disposizioni normative. Il nuovo SMVP è stato condiviso con le OO.SS. di categoria delle tre aree contrattuali in separati incontri tenuti nei giorni 4 e 5 novembre 2024 e trasmesso all'OIV in data 7 novembre 2024 per il parere vincolante.
Supporto alla Direzione Strategica nella procedura di scorporo dell'Ospedale Fazi e nella predisposizione e adozione dell'Atto Aziendale ASL Lecce	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata predisposta, come richiesto dalla Direzione aziendale, la bozza dell'Atto aziendale, trasmessa alla Regione Puglia con nota prot. n. 96346 del 26.04.2024, elaborata sulla base della organizzazione dipartimentale approvata con deliberazione D.G. n. 290 del 15.06.2023. Non si è proceduto alla adozione definitiva in attesa del parere regionale.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati tempestivamente assicurati i riscontri alle richieste pervenute con riferimento al questionario della Corte dei Conti sul bilancio di esercizio 2023.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato assicurato il rispetto delle misure previste nel PTPCT, le stesse misure sono state condivise con i collaboratori nello svolgimento delle ordinarie attività.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato assicurato il rispetto delle misure previste nel PTPCT e la condivisione delle stesse con i collaboratori.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato dato corso alle attività formative secondo la programmazione predisposta per il triennio 2023 - 2025 approvata dal Comitato di Dipartimento Amministrazione Finanza e Controllo e confluita nel Piano Formativo aziendale.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	ITP PARI A – 46, dato rilevabile dalla comunicazione dell'ITP al 31.12.2024 trasmessa con nota prot. 22034 del 05.02.2025.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato l'utilizzo del MOSS per le funzioni di competenza.
Gestione Fondo Rischi con aggiornamento trimestrale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il Fondo rischi è stato aggiornato trimestralmente nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario interagendo sia con i legali incaricati esterni ed interni, sia con le compagnie assicurative che hanno in gestione i sinistri in virtù dei contratti di polizza. Ogni posizione viene esaminata in maniera analitica con la valorizzazione di tutti gli elementi che determinano l'importo complessivo fino alla determinazione del rischio.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Struttura legale ha operato nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario delle risorse assegnate.
Riduzione spesa per incarichi esterni rispetto alla media del triennio precedente	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'abbattimento della spesa sostenuta per incarichi esterni nel 2024 è pari al 63,8% rispetto alla media del triennio precedente.
Relazione su convenienza modello assicurazione aziendale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Con nota prot. n. 205167 del 27.09.2024 è stata trasmessa alla Direzione strategica la relazione sui sinistri e sul contenzioso da responsabilità civile sanitaria anni 2018-2023; con le valutazioni utili a consentire all'Amministrazione di considerare l'opportunità di adottare misure alternative alla assicurazione.
Supporto legale alle strutture aziendali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il supporto legale è assicurato a tutte le strutture richiedenti, sia attraverso la redazione di pareri scritti, che a seguito di riunioni o risoluzioni condivise anche con il coinvolgimento di altre strutture.
Attivazione procedure di recupero coattivo	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le sentenze con una condanna alle spese sono state azionate per il successivo recupero e non vi sono sentenze passate in giudicato per le quali non si è proceduto al recupero; in alcuni casi a fronte dell'entità dell'importo è stato consentito il pagamento rateale.
Attivazione procedure di recupero coattivo in danno dei Comuni morosi	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	In fase di istruttoria delle azioni è emersa una rilevante difficoltà nel recupero delle informazioni, della documentazione a supporto delle prestazioni rese e dei dati relativi ai pazienti trasportati (corse effettuate, strutture socio-sanitarie ospitanti ettc) non per inerzia dell'Ufficio Legale ma in considerazione della vetustà dei dati e dei documenti la cui raccolta, data la complessità della ricerca, necessita di tempistiche superiori al previsto. In ogni caso, in atti vi sono le interruzioni dei termini prescrizionali ancora valide ai fini dell'esercizio del diritto e che, ove necessario, sono state reiterate.
Potenziamento procedure per il recupero dei crediti dell'Azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024 sono stati inviati circa 47.300 avvisi bonari per mancate disdette 2014-2022 per un importo potenzialmente recuperabile pari ad € 2.150.000,00 e l'incasso registrato alla data del 31/12/2024 è di € 752.953,06 per circa 18.150 posizioni definite. Inoltre alla data del 31/12/2024 sono state già protocollate circa 12.400 raccomandate di sollecito per il periodo 2014-2018.
Attivazione procedure di recupero coattivo	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Attualmente pendono n. 2.826 posizioni avviate presso l'Agenzia delle Entrate relative alle autocertificazioni 2011-2012 per un potenziale di recupero pari ad € 442.588,47. La somma riversata da Agenzia delle Entrate-Riscossione alla data del 31/12/2024 è pari a circa € 70.000. Con riferimento alle autocertificazioni 2013-2018 è in fase di completamento l'avvio massivo di circa 6.000 posizioni di recupero coatto per il tramite dei ruoli esattoriali dell'Agenzia delle Entrate, per un valore potenziale di recupero stimato in circa € 1.050.000. Nel corso del 2024 sono stati incassati, per attività ordinaria di recupero, circa € 40.000 che rivengono soprattutto da posizioni con pagamenti rateali in fase di completamento.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I riscontri ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale, laddove richiesti, sono assicurati nel rispetto della tempistica indicata.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati tutti gli adempimenti in materia di trasparenza e di anticorruzione; il personale è adeguatamente e costantemente informato in merito alle misure da osservare.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Avviso albo legali fiduciari	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Con deliberazione n. 1517 del 23.12.2024 è stato pubblicato l'avviso per la formazione di un elenco aperto di avvocati per l'affidamento dei servizi di rappresentanza e patrocinio legale dell'Azienda.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La SBL partecipa regolarmente ai piani formativi aziendali per le materie di competenza ed i collaboratori afferenti alla struttura in virtù dell'attività professionale svolta partecipano in proprio altresì all'offerta formativa anche in modalità FAD per le materie e le problematiche specifiche di interesse ed in adempimento al costante aggiornamento richiesto dalla normativa di settore in continua evoluzione quali solo per citarne la più recente entrata in vigore nell'anno 2024 (cd. Correttivo alla Riforma Cartabia). Inoltre nel corso dell'anno 2024 è stato programmato un interessante piano formativo in materia di responsabilità medica anche in collaborazione con altre Aree, in fase di definizione e realizzazione.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Monitoraggio del numero anziani in trattamento socio-sanitario residenziale e semiresidenziale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, servizi residenziali in 46 RSA per soggetti non autosufficienti (ex RSSA art. 66 R.R. 4/07 e ex RSA R.R. 3/2005) per un totale di n. 1.158 posti letto nonché servizi semiresidenziali in 10 Centri diurni per soggetti non autosufficienti (ex art. 60 ter R.R. 4/07 e ex Centri Diurni all'interno delle RSA R.R. 3/2005) per ulteriori n. 231 posti semiresidenziali provvisoriamente accreditati.
Monitoraggio posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, servizi residenziali in 11 RSA per disabili (ex Comunità socio-riabilitative art. 57 R.R. 4/2007 ed RSSA disabili art. 58 R.R. 4/2007) per un totale di n. 190 posti letto.
Monitoraggio posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati assicurati, sulla base di specifici accordi contrattuali, servizi semiresidenziali in 23 Centri diurni per disabili (ex art. 60 R.R. 4/07) per ulteriori n. 542 posti semiresidenziali provvisoriamente accreditati.
Contrattualizzazione delle strutture private che erogano prestazioni socio-sanitarie	OBIETTIVO RAGGIUNTO	A fronte dei provvedimenti di accreditamento rilasciati dai competenti Uffici Regionali per l'anno 2024 si è proceduto prontamente alla contrattualizzazione, secondo lo schema tipo di accordo contrattuale ai sensi dei R.R. n. 4 e 5 del 2019, di n. 30 Strutture Residenziali per anziani non autosufficienti (ex art. 66 R.R. 4/2007); n. 4 Strutture semiresidenziali Centro diurno Alzheimer (ex art. 60 ter R.R. 4/2007); n. 7 strutture residenziali per disabili (ex art. 57 e 58 R.R. 4/2007); n. 12 strutture semiresidenziali Centri Diurni per disabili (ex art. 60 R.R. 4/2007).
Predisposizione atti per indizione nuove gare per RSA	OBIETTIVO RAGGIUNTO	In attesa di apposita autorizzazione della Giunta Regionale, peraltro per la RSA di Campi la Regione Puglia ha previsto il subentro nella gestione diretta da parte della ASL.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Con nota prot. n. 61253 del 01/03/2024, al fine del rispetto dei previsti obblighi informativi, si è proceduto a fornire apposite indicazioni operative a tutte le Strutture Socio-sanitarie di cui ai R.R. n. 4 e 5 del 2019 finalizzate al collegamento tra il proprio sistema informativo ed il sistema informativo regionale EDOTTO.
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Con riferimento alla tempestività della liquidazione delle competenze dovute per le prestazioni erogate in regime di convenzione da parte delle citate Strutture, questa Area assicura: 1) la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari che, quindi, agevolano la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati mediante il riscontro delle singole fatture su un database interno al Servizio; 2) la programmazione dei pagamenti in rigoroso ordine cronologico. L'ITP al 31.12.2024 è pari a -41, giusta nota prot. 22034 del 5.02.2025.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il Sistema Moss viene pienamente utilizzato per la parte di competenza relativa a ordini e liquidazione delle fatture.
Predisposizione e aggiornamento del fabbisogno di servizi socio-sanitari in convenzione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area Socio-sanitaria ha provveduto, entro i termini previsti dalla D.G.R. n. 1982/2023, ad ottemperare agli adempimenti regionali richiesti. In particolare, con Deliberazione D.G. n. 196 del 27/02/2024 ha provveduto, sulla base del Fondo unico e inapplicabile di remunerazione per l'acquisto di prestazioni da strutture socio-sanitarie accreditate residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili di cui ai Regolamenti Regionali n. 4 e 5 del 2019, valevole per l'anno 2024, ad assegnare e comunicare, ad ogni singola Struttura socio-sanitaria insistente nell'ambito territoriale della ASL LECCE, i tetti di spesa annuali nel limite massimo del numero dei posti letto accreditati/provisoriamente accreditati.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Verifica del conseguimento dell'equilibrio economico - finanziario mediante la compilazione ed invio periodico all'AGRF dei modelli CE e del Bilancio consuntivo.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Creazione di sub autorizzazioni di spesa, emissione di ordini elettronici e liquidazione delle fatture di competenza.
Collaborazione con i Distretti per l'integrazione socio-sanitaria	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area Socio-sanitaria assicura ai Distretti Socio-sanitari supporto amministrativo sulle prestazioni socio-sanitarie erogate con oneri a carico dell'Azienda, ovvero, con oneri a carico degli utenti e/o dei Comuni, nelle strutture socio-sanitarie contrattualizzate e garantisce la corretta applicazione della nuova normativa regionale in materia (Deliberazione della Giunta Regionale del 16/05/2023 n. 659 con la quale sono state definite le procedure operative di inserimento degli assistiti nelle strutture residenziali e semiresidenziali di cui al R.R. n. 4/2019 e R.R. n. 5/2019), coordinando l'attività amministrativa attraverso specifici provvedimenti dirigenziali e gestendo la lista unica d'attesa provinciale.
Collaborazione con i Distretti per la gestione degli assegni di cura	NON APPLICABILE	Non applicabile in quanto a partire dalla seconda metà anno 2023 l'istruttoria della nuova misura, denominata "Sostegno familiare" è di esclusiva competenza degli Ambiti territoriali.
Gestione dei contratti e monitoraggio trimestrale dei costi per servizi in strutture socio-sanitarie in convenzione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area Socio-sanitaria ha curato la Gestione NSO (Nodo di smistamento degli ordini di acquisto) attraverso l'emissione e la trasmissione degli ordini elettronici ai Distretti Socio-sanitari relativi all'acquisto delle prestazioni socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per le totalità delle strutture contrattualizzate.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le richieste ai rilievi del Collegio Sindacale sono state riscontrate entro i termini.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Al fine di evitare rischi corruttivi relativi all'impiego, all'interno delle Strutture Socio-sanitarie, di personale cessato da questa Azienda, acquisisce apposita attestazione, ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs.165/2001.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Gli accordi contrattuali con le Strutture Socio-sanitarie sono trasmessi e pubblicati nell'apposita sezione Trasparenza del sito web della ASL Lecce, nella quale è possibile prenderne visione ed estrarne copia.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Con riferimento alla Formazione e aggiornamento professionale del personale dipendente, questa Area ha organizzato corsi di formazione, in qualità di responsabile scientifico, per operatori sanitari e socio-sanitari ospedalieri.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto al rispetto dei tempi per l'inserimento dei dati di competenza sui sistemi informativi gestionali.
Coordinamento e verifica sulla tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza dei Distretti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD Coordinamento, attualmente, non è configurata come centro di spesa autonomo. Per quanto di competenza ha posto in essere tutte le azioni necessarie per il coordinamento e la verifica sulla tempestività nella liquidazione delle fatture assegnate ai distretti. Tra le azioni vi è la circolare del Coordinamento prot. n. 164633 del 11.07.2024 recante "Monitoraggio ITP - Sollecito fatture scadute".
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato l'utilizzo del MOSS per le funzioni di competenza.
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi distrettuali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD ha assicurato il supporto/coordinamento nelle attività relative alla rilevazione dei fabbisogni di beni e servizi distrettuali, infatti tutte le richieste di aggregazione dei fabbisogni territoriali pervenute nell'anno 2024 sono state evase. In particolare è stata effettuata una ricognizione ed aggregazione dei dati relativi: ad ausili per stomia; al servizio di trasporto aereo organi, tessuti ed equipe nonché trasporto pazienti; agli ausili per incontinenza, comunicato ad Innovapuglia.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD assicura il monitoraggio sulle spese di competenza dei distretti nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico finanziario.
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata assicurata, per quanto di competenza, la collaborazione con l'AGRF per i rendiconti trimestrali. In particolare è stata effettuata la ricognizione ed aggregazione dati rimborsi vari agli assistiti riferiti al IV trimestre 2023, avviata con comunicazione mail del 21.03.2024 e successiva comunicazione formale ad AGRF.
Verifica rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi di competenza dei Distretti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD ha assicurato la partecipazione ai tavoli tecnici per la rilevazione dei fabbisogni e per la redazione dei capitolati di gare.
Assicurare il raccordo con l'Area Gestione del Patrimonio per l'espletamento di procedure di gara sotto soglia per forniture di beni e servizi distrettuali.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%. E' stato assicurato il raccordo con l'Area Gestione del Patrimonio per l'espletamento di procedure di gara sottoglia per forniture di beni e servizi distrettuali. Tutte le istanze pervenute dai DSS nell'anno 2024, aventi ad oggetto il servizio ADI di III livello ad alta intensità, da esternalizzare, sono state evase e il servizio affidato è tuttora garantito.
Coordinamento e uniformazione delle procedure amministrative di competenza dei Distretti Socio-sanitari	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Nel corso dell'anno 2024 è stato garantito il coordinamento e l'uniformazione delle seguenti procedure di competenza dei DSS: scelta e revoca MMG/PLS; mobilità sanitaria internazionale; assistenza protesica; mobilità sanitaria extra-regionale attiva; acquisti beni e servizi distrettuali; ossigenoterapia.
Adozione Regolamento sulle modalità di rimborso della spesa sanitaria sostenuta dagli assistiti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le procedure di rimborso spese ad oggi risultano regolamentate ed uniformate a livello aziendale.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I riscontri ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale, laddove richiesti, sono assicurati nel rispetto della tempistica indicata.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati tutti gli adempimenti in materia di trasparenza e di anticorruzione; il personale è adeguatamente e costantemente informato in merito alle misure da osservare.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati organizzati due corsi formativi aventi ad oggetto l'assistenza amministrativa distrettuale ai cittadini e le relative procedure di rimborso spese e l'erogazione di protesi, ortesi e ausili tecnologici.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Struttura ha provveduto ad effettuare le procedure di liquidazione delle fatture con tempestività. Tale dato è rilevabile dalla comunicazione prot. n. 22034 del 05.02.2025, da cui risulta un ITP pari a - 49.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato il pieno utilizzo della procedura MOSS per quanto di competenza.
Assicurare il supporto professionale e tecnico all'attività di governo dell'Azienda nella elaborazione (predisposizione-adozione) dei provvedimenti di pianificazione strategica per il conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali definiti dalla programmazione regionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Struttura ha supportato la Direzione Strategica aziendale, fornendo all'occorrenza il proprio contributo di carattere tecnico professionale, per la predisposizione e adozione dei provvedimenti di pianificazione strategica.
Adozione Regolamento sulla delega di funzioni	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Struttura ha provveduto all'istruttoria procedimentale che ha portato all'adozione della Deliberazione n. 1046/2024 in materia di "Conferimento Deleghie di funzione ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Struttura Complessa e ai Dirigenti Responsabili di U.O.S.V.D."
Predisposizione atti e protocolli di intesa con Comuni per PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD Affari Istituzionali ha garantito tutte le attività propedeutiche e necessarie alla sottoscrizione dei protocolli di intesa, nonché le attività necessarie alla risoluzione delle problematiche connesse.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD Affari Istituzionali ha assicurato, laddove richiesti, i riscontri in materia esaustiva nei termini indicati, ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.
Assicurare l'assistenza giuridico amministrativa nei confronti delle articolazioni della Direzione Generale in ordine alla conformità dell'azione amministrativa alle Leggi ed ai Regolamenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSD Affari Istituzionali ha garantito il supporto alla Direzione Strategica in ordine alla conformità dell'azione amministrativa alle leggi ed ai regolamenti. Tra le suddette attività, l'Ufficio ha assicurato l'assistenza giuridico amministrativa attraverso il riscontro delle istanze di accesso agli atti rientranti nel proprio ambito di competenza nel rispetto dei termini di legge e degli interessi giuridici coinvolti, garantendo la partecipazione diretta degli interessati al procedimento istruttorio. L'Ufficio ha supportato le articolazioni aziendali tramite il riscontro di pareri motivati su questi riguardanti la materia della "trasparenza" e, incidentalmente, della "privacy". La Struttura ha provveduto al riscontro in prima istanza ad accessi civici generalizzati di propria competenza. Si è garantito, altresì, il monitoraggio dei tempi procedurali, invitando le unità competenti al riscontro nei termini di legge.
Assicurare la valutazione della qualità degli atti amministrativi e la gestione dei flussi afferenti al procedimento di formalizzazione delle Deliberazioni, nonché gli altri adempimenti connessi alle esigenze di custodia e notifica degli atti deliberativi agli Enti e/o Amministrazioni interessate	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel 2024 la UOSVD Affari Istituzionali ha garantito la valutazione della qualità degli atti deliberativi e determinativi e la gestione dei flussi afferenti al procedimento di formalizzazione ed integrazione dell'efficacia degli stessi, attraverso la validazione delle proposte sulla Piattaforma aziendale DocusanAttì. Il Personale dell'Unità Operativa ha assicurato la pubblicazione, nei termini di legge, dei provvedimenti adottati, nell'Albo Pretorio on line. Ha garantito, altresì, il controllo ex post degli atti, successivamente alla loro pubblicazione sul Sito web Aziendale.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La RPCT aziendale certifica il rispetto, da parte della UOSVD Affari Istituzionali, per il 2024, delle misure previste dal vigente PIAO 2024/2026. Ha garantito il necessario, solerte, supporto istruttorio alla RPCT in presenza di segnalazioni riguardanti la Macrostruttura.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La UOSVD Affari Istituzionali ha garantito, nel 2024, la completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT). Tanto è stato confermato dall'Organismo indipendente di Valutazione nella "Attestazione OIV per la fase di monitoraggio", resa il 30 novembre 2024.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	La Struttura promuove la formazione del proprio personale prendendo parte regolarmente ai piani formativi aziendali per le materie di competenza e invitando i propri collaboratori a partecipare a convegni e seminari rientranti nell'offerta formativa anche in modalità FAD per gli ambiti di interesse; tanto in adempimento al costante aggiornamento richiesto dalla normativa di settore. La UOSD Affari Istituzionali ha avviato altresì un programma formativo, di carattere innovativo, denominato "ASL IN FORMA" finalizzato a coinvolgere il proprio personale e quello afferente alle altre strutture aziendali in attività di docenza da svolgere in conformità al progetto formativo, attualmente in fase di calendarizzazione.

Valutazione risultati Strutture afferenti al Dipartimento Amministrazione Finanza e Controllo

Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della performance organizzativa si colloca complessivamente, per le Strutture del Dipartimento Amministrazione Finanza e Controllo, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

## Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato garantito il rispetto degli obblighi informativi ex art. 39 LR. 4/2010.
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ITP al 31.12.2024 è pari a - 39, giusta nota prot. n. 22034 del 05.02.2025.
Avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stato garantito il pieno utilizzo del Sistema MOSS per gli adempimenti di competenza.
Predisposizione e aggiornamento del Programma triennale dei lavori pubblici	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI - Deliberazione D.G. n. 1509 del 23/12/2024 aggiornata e integrata con la Deliberazione D.G. n. 46 del 14.01.2025.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le procedure sono state disposte nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Regione.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Misura 8.4 - Intervento attivo "Officine Trasfusionali" = 10,62%. Raggiungimento obiettivo certificato dalla UOSVD Monitoraggio Investimenti e sviluppo progetti innovativi con nota prot. n. 10421 del 20.01.2025.
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Intervento attivo 2024 "Centro Polifunzionale Cannole" = 100% - Intervento chiuso e interamente fatturato con tutte le spese (lavori e arredi) sostenute al 31.12.2024. Aggiornamento MIRWEB con il caricamento dei mandati di pagamento in fase di conclusione - in attesa dei mandati IVA. Raggiungimento obiettivo certificato dalla UOSVD Monitoraggio Investimenti e sviluppo progetti innovativi con nota prot. n. 10421 del 20.01.2025.
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Lavori 100% -Milestone: ATTIVAZIONE di tutte le COT al 30/09/2024. Raggiungimento obiettivo certificato dalla UOSVD Monitoraggio Investimenti e sviluppo progetti innovativi con nota prot. n. 10421 del 20.01.2025.
Riattivazione e completamento lavori ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Interventi attivi nel 2024 : SCHEDA 29 - P.O. CASARANO = 46,53% SCHEDA 26 - P.O. COPERTINO = 23,69% SCHEDA 22 - P.O. LECCE = 100%
Riattivazione Completamento lavori ex D.L. 34/2020	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Ripresa in consegna da parte della A.S.L. di tutte le Aree di cantiere = 100% Avviata risoluzione contrattuale con richiesta escussione polizze anticipazione contrattuale.
Assicurare il rispetto della tempistica delle diverse fasi previste per la realizzazione del nuovo Ospedale SUD Salento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI. (Livello progettazione: Progettazione Definitiva acquisita dal RTI in data 23/12/2024).
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata assicurata, per quanto di competenza, la collaborazione con l'AGRF per i rendiconti trimestrali.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata garantita la verifica del rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori.
Espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni immobili, e quadratura con contabilità generale	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Si è provveduto tra l'altro ad effettuare l'aggiornamento degli elenchi degli immobili di proprietà individuati quali disponibili e individuazione del patrimonio disponibile da trasferire a Puglia Valore Immobiliare Srl. Non risulta ancora aggiornato il Libro Cespiti. giusta Delibera DG n. 1445 del 11.12.2024.
Rilevazione degli ambienti di lavoro per Centro di Costo (quantificazione mq da planimetrie)	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Trasmissione 1° invio nota prot. n.272085 del 30.12.2024 (rilevazione incompleta)
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI. Un solo rilievo pervenuto nel 2024. Richiesta chiarimenti prot. n. 247638 del 26.11.2024 riscontro in data 9.12.2024.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	È stata garantita la verifica ed il rispetto di quanto previsto dalla normativa in materia di anticorruzione e trasparenza.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è provveduto all'aggiornamento periodico del personale dipendente.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010 con particolare riferimento al flusso dei contratti per dispositivi medici	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%. Sono stati rispettati tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/ EDOTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali come da D.G.R. annuale di definizione degli obblighi informativi, con particolare attenzione al flusso dei contratti per dispositivi medici.
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ITP al 31.12.2024, è pari a - 39, giusta nota prot. n. 22034 del 05.02.2025.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'obiettivo è stato ampiamente raggiunto come riscontrabile dalla nota prot. n. 229136 del 05.11.2024 a firma del Direttore dell'Area Risorse Finanziarie e del Direttore Controllo di Gestione.
Predisposizione e aggiornamento del Programma Triennale di acquisizione di beni e servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area ha predisposto e aggiornato il Programma Biennale di acquisto di beni e servizi verificando per le voci di spesa di propria competenza il rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario stabilite dalla Direzione Generale.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico-finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le procedure di gara sono state disposte nel rispetto delle condizioni di equilibrio di bilancio.
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area ha approvato tutte le Determine a contrarre con nomina dei RUP al fine di presentare, per il tramite del RUA aziendale, un'istanza di finanziamento a valere sui Fondi PR Puglia 2021-2027 Azione 8.4 (DGR n. 1754/2023), secondo le indicazioni della Regione Puglia per le seguenti tipologie di interventi: A) Acquisto delle attrezzature per la realizzazione di impianti ECMO (Ossigenazione extracorporea a membrana) per le terapie intensive; B) Potenziamento e rinnovamento delle dotazioni strumentali e tecniche per le sale operatorie; C) Potenziamento delle dotazioni tecnologiche per le attività di neurochirurgia, con particolare riferimento all'apparecchiatura dei neuronavigatori; D) Potenziamento ospedaliero per le strutture preposte alla sanità penitenziaria; E) Realizzazione di officine trasfusionali, in attuazione della Deliberazione di Giunta Regionale del 07 giugno 2017, n. 900. Raggiungimento obiettivo certificato dalla UOSVD Monitoraggio Investimenti e sviluppo progetti innovativi con nota prot. n. 10420 del 20.01.2025.
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area ha trasmesso al RUA aziendale, giusta nota prot. n. 83053 del 04.04.2024, le Determine dirigenziali di omologazione nn. 5625/2024, 5628/2024, 57/2024, 455/2024 e 32/2024 per il caricamento sul sistema MIR e il successivo invio alla Regione Puglia. Si evidenzia altresì che con Determina n. 5827 del 16.12.2024 si è proceduto anche all'acquisto di arredi per l'adeguamento del Centro Polifunzionale del Comune di Cannole gestito dall'Area Gestione Tecnica (PORPOC Puglia 2014-2024 FESR Az. 9.12. Copertura finanziaria degli interventi individuati con DGR 826/2021 e avvio di una nuova procedura negoziale con le Aziende pubbliche del Servizio Sanitario Regionale. Applicazione avanzo di amministrazione e variazione al bilancio di previsione per l'esercizio finanziario 2021 e pluriennale 2021-2023 di cui alla delibera della Giunta Regionale n. 1425 del 01.09.2021). Raggiungimento obiettivo certificato dalla UOSVD Monitoraggio Investimenti e sviluppo progetti innovativi con nota prot. n. 10420 del 20.01.2025.
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Forniture con fondi PNRR - L'obiettivo è stato ampiamente raggiunto con valore target 100%. Come risulta dalla Delibera del Commissario Straordinario n. 307 del 13.10.2022 gli interventi di cui al Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute - ammessi a finanziamento di specifica competenza dell'Area Gestione del Patrimonio è quello che riguarda l'Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (grandi apparecchiature)". Come risulta dalla Deliberazione D.G. n. 1527 del 27.12.2024, l'Area Gestione del Patrimonio ha provveduto a ogni adempimento connesso all'acquisto di n. 10 grandi apparecchiature. La delibera e la relativa documentazione sono state trasmesse alla Regione Puglia con note nn. 270915 del 24.12.2024 e 270915, 271521 e 271523 del 27.12.2024. Per quanto attiene all'Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)" di competenza della U.O.S.D. Sistemi Informativi Aziendali, la scrivente Area ha proceduto all'acquisto di n. 200 notebook, giusta determina n. 4927 del 23.10.2024 "Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 Salute - Forniture ex D.L. n. 34/2020 - L'obiettivo è stato raggiunto con Raggiungimento obiettivo certificato dalla UOSVD Monitoraggio Investimenti e sviluppo progetti innovativi con nota prot. n. 10420 del 20.01.2025.
Collaborazione con AGRF per rendiconti trimestrali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Questa Area ha collaborato con l'Area Gestione Risorse Finanziarie per i rendiconti trimestrali.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Per quel che concerne l'acquisto di beni e servizi, nell'ottica di realizzare un contenimento della spesa pubblica e garantire omogeneità dei processi di approvvigionamento su tutto il territorio nazionale, ASL Lecce provvede ai propri approvvigionamenti tramite Consip SpA o soggetto aggregatore Innovapuglia SpA. In assenza di convenzioni attive, questa stazione Appaltante avvia procedure di gara per la fornitura di beni e servizi espletate nel rispetto dei principi enunciativi nel Codice dei Contratti Pubblici attraverso la piattaforma telematica regionale EmPuglia ed il mercato elettronico MePA per le Pubbliche Amministrazioni.
Esplicitamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti dei servizi in atto e corretta tenuta del repertorio dei contratti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le forniture di beni e servizi sono disciplinate da contratti regolarmente repertoriati attraverso il sistema Docusan Registro Contratti.
Rinegoziazioni dei prezzi dei contratti in essere per i dispositivi medici CND: W - A - P - C	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Area, in collaborazione con il costituito Ufficio Unico del Farmaco, ha gestito e liquidato i beni di consumo sanitario, aderendo alle gare indette dal Soggetto Aggregatore InnoVapuglia e rinegoziando i prezzi di acquisto, con richiesta di allineamento al prezzo più basso riservato ad altri Enti del Servizio Sanitario Nazionale, per forniture analoghe, sulla base di un'approfondita istruttoria effettuata su tutti i contratti vigenti nelle AA.SS.LL. pugliesi. Tale attività di rinegoziazione prezzi continua per tutte le categorie a maggior impatto di spesa, in particolare, è in corso la rinegoziazione sui dispositivi CND-A.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni mobili, e quadratura con contabilità generale	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Per quanto attiene all'inventariazione dei beni mobili è stata effettuata la perfetta quadratura tra contabilità analitica e contabilità generale nel rispetto delle direttive regionali in materia e di quanto previsto dalla D.G.R. n. 78/2023
Aggiornamento inventario beni mobili mediante ricognizione fisica a rotazione per Struttura e/o per Tipologia di beni, secondo il regolamento su attività inventariazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	Non risultano aggiornamenti dell'inventario dei beni mobili mediante ricognizione fisica.
Adozione Regolamento su attività inventariazione mediante ricognizione fisica a rotazione	OBIETTIVO NON RAGGIUNTO	In data 19 marzo 2025 è stata trasmessa alla UOSD AA.GG. per gli adempimenti di competenza la bozza del nuovo Regolamento predisposta dalla competente UOS Inventario.
Qualificazione della spesa sanitaria	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati pedissequamente rispettati i termini per la sottoscrizione di accordi contrattuali con strutture sanitarie, di ricovero ed ambulatoriali, private accreditate, individuando volumi e tipologia delle prestazioni. La relativa spesa è stata puntualmente contenuta nei limiti dei rispettivi fondi unici di remunerazione fissati dalla Regione.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I riscontri ai rilievi formulati dagli Organi di Controllo avvengono entro il termine di 15 giorni come richiesto dalla Direzione Amministrativa aziendale.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati rispettati gli adempimenti in materia di trasparenza e anticorruzione ex Legge n. 190/2012 s.m.i. attuando le misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e provvedendo tempestivamente alle pubblicazioni obbligatorie per legge.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le pubblicazioni previste da norme di legge sono state regolarmente effettuate.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si prevede periodicamente l'aggiornamento professionale del personale dipendente attraverso corsi su FEDERSANITA' ANCI sulle peculiarità del Codice dei contratti pubblici.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Relativamente all'attività di coordinamento amministrativo delle Direzioni amministrative dei presidi di competenza nonché all'attività di Ufficio Gare, l'ufficio ha fatto uso del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del SSN (MOSS) <b>acquisendo un elevato grado di autonomia ed operatività dello stesso.</b>
Collaborazione con l'Area del Patrimonio e Area Tecnica per la predisposizione e aggiornamento del Programma biennale di acquisizione di beni e servizi e Piano degli investimenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ufficio ha fattivamente e formalmente collaborato con l'Area del Patrimonio e l'Area Tecnica per la predisposizione e aggiornamento del programma biennale di acquisizione di beni e servizi e Piano degli investimenti, fornendo tutte le informazioni e i chiarimenti richiesti ed utili alla causa.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale per i suddetti Piani	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ufficio ha sempre verificato le voci di spesa di competenza ed il rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale per Programma biennale di acquisizione di beni e servizi e Piano degli investimenti.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ufficio ha rispettato tutte le disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori. A dimostrazione, si precisa che l'U.G.O. ha effettuato, nel corso del 2024, numerose procedure di gara per le quali non ha ricevuto da parte degli O.E. alcuna nota di accesso agli atti e/o ricorso / impugnazione dei provvedimenti di aggiudicazione.
Gestione dell'Ufficio Gare Ospedaliere ed espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'U.G.O. ha espletato il 100% delle procedure di gara / affidamenti di D.M. e di beni sanitari, debitamente e preventivamente delegati dalla competente AGP nonché autorizzati dalla Direzione Amministrativa. L'U.G.O. ha periodicamente relazionato alla Direzione Amministrativa Aziendale in merito alle procedure istruite / concluse con indicazione analitica delle destinazioni per P.O. e/o a carattere aziendale.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento alla inventariazione dei beni mobili del PP.OO.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ufficio ha correttamente alimentato e gestito i sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento all'inventariazione dei beni mobili del PP.OO., assicurando la corretta imputazione delle spese sia all'interno dei provvedimenti adottati sia in procedura contabile nonché il puntuale e corretto caricamento inventariale dei beni mobili per <b>singola categoria di cespiti, con particolare riferimento alle procedure istruite e concluse dallo stesso U.G.O.</b>
Coordinamento delle attività amministrative ospedaliere per l'acquisto e la fornitura di beni e servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ufficio si è coordinato con le attività amministrative ospedaliere per l'acquisto e la fornitura di beni e servizi. In merito a questo obiettivo ci si riporta alle analoghe relazioni fornite per gli obiettivi di cui sopra. L'ufficio opera in costante accordo e interrelazione, per il tramite dei competenti U.G.O. dislocati presso le Direzioni Amministrative di Presidio, con i Direttori Amministrativi di riferimento, al fine di fornire riscontro alle numerose richieste di acquisto di beni e servizi provenienti dalle singole UU.OO.CC. ospedaliere, garantendo, nei limiti del possibile, celerità ed operatività.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ufficio ha sempre tempestivamente riscontro agli eventuali rilievi formulati dal Collegio Sindacale.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ufficio ha adottato e rispettato le misure previste dal vigente PTPCT e supportato a livello istruttorio l'RPCT per le segnalazioni riguardanti la macrostruttura. L'ufficio ha riscontato puntualmente le richieste di informazioni e/o relazioni provenienti dall'RPCT garantendo il rispetto della normativa di riferimento.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ufficio ha correttamente e tempestivamente effettuato le pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al PTPCT.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato presentato il Piano Formativo alla competente U.O. Formazione, prevedendo 2 corsi: 1) la responsabilità disciplinare del pubblico dipendente; 2) Procedure di gara ed aggiudicazione con piattaforma Empulia.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010 con particolare riferimento al Flusso Informativo delle grandi apparecchiature	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Tempestività nella liquidazione delle fatture di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'ITP al 31.12.2024, è pari a - 1, giusta nota prot. n. 22034 del 05.02.2025.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di attrezzature sanitarie e del Piano Triennale degli Investimenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Certificato dalla UOSVD Monitoraggio Investimenti e sviluppo progetti innovativi con nota prot. n. 10422 del 20.01.2025
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni e servizi e affidamento lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Assicurare il raccordo con l'Area Patrimonio per l'espletamento delle procedure di gara alla scadenza degli affidamenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili con particolare riferimento all'inventariazione delle attrezzature sanitarie	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Analisi costi / benefici sull'utilizzo delle grandi apparecchiature sanitarie e della robotica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Studi su 1) Riutilizzo grandi macchine in sostituzione PNRR, 2) Allocazione TAC dell'Ospedale Fiera del Levante presso P.O. Galatina, 3) Analisi utilizzo Robot e potenziale incremento dotazione tecnologica: giornale studio con clinici e fornitore, 4) Sviluppo progetto chirurgia robotica - P.O. Scorrano, 5) Reporto criticità Radioterapia in riscontro Audizione III Commissione Regionale.
Aggiornamento inventario attrezzature sanitarie	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Predisposizione e aggiornamento dei Piani Aziendali di investimento e sviluppo di progetti innovativi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati predisposti ed aggiornati i Piani Aziendali di Investimento adottati con Deliberazioni Aziendali e sono stati sviluppati numerosi progetti innovativi e nell'ambito di ulteriori progetti innovativi e di ricerca sono stati prodotti diversi lavori scientifici e pubblicazioni che ne testimoniano la validità.
Implementazione a regime di un sistema di monitoraggio informatizzato e reportistica degli investimenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato implementato il sistema software di monitoraggio degli investimenti mediante realizzazione di specifico software in funzione delle esigenze ASL. Il Sistema è stato collaudato, è a regime ed è stato prodotto il report informatizzato al 31/12/2024 (nota prot. n. 272542 del 31/12/2024). Inoltre sono stati effettuati anche appositi corsi di formazione sul sistema PM SAN.
Attività di coordinamento per la rendicontazione degli investimenti e dei flussi informativi regionali e ministeriali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata espletata l'attività di coordinamento nel corso delle verifiche sullo stato di attuazione ed avanzamento dei lavori.
Monitoraggio del rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	A seguito dei riscontri e delle verifiche è stata prodotta certificazione dello stato di avanzamento lavori/ Programmazione interventi FESR 2021- 2027 (prot. 10420, 10421 e 10422 del 20/01/2025).
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	A seguito dei riscontri e delle verifiche è stata prodotta certificazione della corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014-2020 (prot. 10420 e 10421 del 20/01/2025).
Monitoraggio del rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	A seguito dei riscontri e delle verifiche è stata prodotta certificazione del raggiungimento milestone PNRR (prot. 10420, 10421 e 10422 del 20/01/2025).
Monitoraggio riattivazione e completamento lavori ex art. 20 L. 67/1988 e s.m.i.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	A seguito dei riscontri e delle verifiche è stata prodotta certificazione dello stato di avanzamento lavori ex art. 20 L.67/88 e s.m.i. (prot. 10420 e 10421 del 20/01/2025). Per la parte di competenza ed in relazione alla indicazioni fornite dalla Direzione Strategica ai RRUUPP è stato garantito la riattivazione e completamento dei lavori ex art. 20 L.67/1988 e s.m.i.
Monitoraggio riattivazione lavori ex D.L. 34/2020	OBIETTIVO RAGGIUNTO	A seguito dei riscontri e delle verifiche è stata prodotta certificazione sui lavori L. 34/2020 (prot. 10420 e 10421 del 20.01.2025).
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Non sono pervenuti rilievi da parte del Collegio Sindacale né richieste di riscontro.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state adottate e rispettate le misure previste nel vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) aziendale coinvolgendo tutto il personale.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata garantita la completezza, corretta e tempestività nella pubblicazione obbligatoria per legge di cui al vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) aziendale coinvolgendo tutto il personale.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato presentato il piano formativo della struttura sono stati effettuati corsi di formazione, ed il personale ha svolto attività di formazione e aggiornamento professionale.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono in costante dispiegamento presso tutte le strutture aziendali i sistemi informativi a supporto delle prestazioni erogate in grado di indicizzare i documenti prodotti, garantendo un buon trend di crescita costante del rapporto Documenti Indicizzati/ Prestazioni Erogate.
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La percentuale di MMG che alimenta il FSE è superiore al 95% per quanto riguarda la prescrizione. E' stata altresì avviata una campagna di sensibilizzazione per la produzione dei PSS (Profili Sanitari Sintetici) all'interno dei FSE dei rispettivi assistiti.
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutti i Documenti Indicizzati sono sia prodotti in formato CDA2 che firmati in modalità PADES (100%).
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Anche il software di CCE è in costante dispiegamento presso tutte le strutture aziendali consentendo di realizzare una percentuale di Cartelle Cliniche Digitali di circa il 25% del totale.
Diffusione e corretta gestione della cartella clinica elettronica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Anche il software di CCE è in costante dispiegamento presso tutte le strutture aziendali consentendo di realizzare una percentuale di Cartelle Cliniche Digitali di circa il 25% del totale.
Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono in costante crescita, anche se in maniera non ancora apprezzabili le percentuali di prescrizioni dematerializzate da parte degli specialisti interni pur in assenza di qualsivoglia problematica tecnica (probabile assenza di adeguata sensibilizzazione). Tale percentuale è comunque ulteriormente cresciuta rispetto all'anno 2023.
Incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Anche la percentuale delle ricette specialistiche in modalità dematerializzate prese in carico ed erogate con servizi telematici è aumentata rispetto all'anno 2023.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutti gli obblighi informativi (nazionali e regionali) di competenza sono stati assolti all'interno delle tempistiche stabilite.
Messa a regime del Portale del Dipendente e della Piattaforma per la valutazione della Performance Individuale	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Il Portale del Dipendente è stato messo a regime dal mese di giugno 2024 ed è in costante evoluzione in termini di servizi messi a disposizione. La piattaforma per la valutazione della performance individuale è altresì attivata ed utilizzata per le valutazioni 2022 e 2023.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) confermando il ruolo di Azienda pilota per la messa a regime di nuovi moduli e/o funzionalità.
Assicurare gli interventi di competenza necessari per il raggiungimento della regolarità contributiva aziendale	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	E' stato negoziato con il fornitore della suite software HR il supporto per la produzione delle DMA mensili atte ad assicurare il raggiungimento della regolarità contributiva aziendale.
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di sistemi informativi e strumentazioni informatiche	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato predisposto e/o aggiornato il piano dei fabbisogni di sistemi informativi e strumentazioni informatiche.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Garantita costante verifica per le voci di spesa di competenza nel rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Ampliamente rispettati tutti gli obblighi di competenza previsti dal PNRR.
Elaborazione progetti di telemedicina compatibili con programmazione regionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sviluppati e messi a regime due progetti di Telemedicina compatibili con la programmazione regionale: il primo, attivo nel Dipartimento Cardiovascolare, consiste nella teleferfazione degli elettrocardiogrammi, eseguiti nelle ambulanze della rete dei SEUS 118, da parte di alcuni reparti di Cardiologia (Dea Fazzi, Galatina, Gallipoli e Scorrano). Il servizio integra quello analogo e già operativo nella centrale operativa di Telecardiologia presso il Policlinico di Bari. Nel secondo servizio di Telemedicina sono state abilitate alcune postazioni informatizzate presso la Radiologia Interventistica e la Neuroradiologia del Vito Fazzi per il teleconsulto clinico radiologico a beneficio di pazienti che necessitano di trattamenti di radiologia interventistica in cura presso la ASL Brindisi.
Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per ogni problematica connessa alla esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state effettuate svariate attività consulenziali e/o di Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per ogni problematica connessa alla esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica.
Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per l'espletamento delle procedure di gara in materia informatica alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato fornito Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per l'espletamento della quasi totalità delle procedure di gara in materia informatica alla scadenza degli affidamenti in atto.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili, con particolare riferimento all'inventariazione delle attrezzature informatiche	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il necessario Supporto agli utilizzatori per la corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi - contabili. E' stato fornito costante supporto per la tenuta della contabilità analitica per cdc e cdr anche per il tramite dei moduli del sistema MOSS dedicati alla CO.AN.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state adottate e rispettate le misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Garantita la completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Effettuata costante attività di pianificazione formativa ed erogazione diretta ed indiretta di contenuti ICT.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Disponibilità delle funzionalità di base del Portale del Dipendente	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Il portale del dipendente è stato attivato e sono state rese disponibili le funzionalità basilari.
Revisione della Gestione Documentale (P.I. - Gestione degli Atti - anche da remoto) secondo le indicazioni della Direzione Strategica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Attivata la scrivania DocuDesk che rende disponibili la totalità delle funzionalità della Gestione Documentale da remoto e in sicurezza.
Gestione Documentale - Manuale di Gestione - Formazione di tutti gli Interessati	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato realizzato il manuale di gestione (approvato con DDG n. 662 del 14.06.2024) e sono state realizzate numerose sessioni formative in merito alla gestione documentale
Messa a regime (anche mediante attività di formazione) del servizio PAGO PA per tutte le prestazioni sanitarie in regime di SSN e in regime ALPI	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutte le prestazioni sanitarie (SSN e Alpi) possono essere pagate attraverso il servizio PagoPA. E' stata effettuata la necessaria formazione agli operatori.
Implementazione delle misure GDPR per la compliance privacy - sicurezza logica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati ulteriormente elevati gli standard di sicurezza logica. Si è proceduto alla nomina del "Punto Unico di Contatto" per la cybersicurezza con DDG n. 1434 del 11.12.2024.
Predisporre pareri ai servizi aziendali in merito alla valutazione d'impatto sulla protezione dei dati	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati emessi numerosi pareri privacy anche con riferimento alla valutazione d'impatto DPIA.
Definizione e monitoraggio delle misure privacy per i prestatori di servizi e/o provider esterni	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state valutate oltre 20 richieste di prestatori d'opera predisposti e sottoscritti i relativi documenti di nomina a responsabili del trattamento.
Valutazione ed Implementazione Documentazione Privacy per Studi Clinici ed Attività di Ricerca	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è effettuata attività di consulenza per gli studi clinici aziendali per i quali la stessa è stata richiesta.
Implementazione per l'utilizzo della Identità Digitale e Firma Digitale da parte degli operatori aziendali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state soddisfatte tutte le richieste di emissione di token di identità e firma digitale (circa 500) sia per le figure sanitarie sia per le figure PTA (collaborazione degli operatori del servizio UOSE).
Conduzione delle attività in delega del Rappresentante Legale all'interno dei Portali Ministeriali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state attivate le utenze "amministrative" ed emesse autorizzazioni e/o attivazioni sui portali ministeriali.
Gestione dei certificati Digitali relativi alla erogazione di servizi Web e interazione con Servizi WEB terzi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati acquisiti e attivati tutti i certificati necessari all'attivazione in sicurezza dei portali aziendali sia i certificati necessari per le interazioni con i portali/servizi terzi (oltre 15).
Gestione Autorizzazione PEO istituzionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state autorizzate ed attivate oltre 100 nuove caselle istituzionali e si è proceduto alla manutenzione della totalità delle stesse.
gestione Attivazione e Conduzione PEO Nominative	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state autorizzate ed attivate oltre 500 nuove caselle nominative e si è proceduto alla manutenzione della totalità delle stesse.
Conduzione della Sicurezza Logica relativamente ai Sistemi Informativi ed Utenze Aziendali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state ulteriormente implementate le politiche di sicurezza rispetto alle utenze aziendali. E' stato reso obbligatorio il cambio password ai 90gg realizzato attraverso specifico portale.
Formazione sulla CyberSicurezza - Campagne Simulate di Phishing	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata effettuata formazione in cybersicurezza ed è stata realizzata una campagna di Phishing simulato.
Incremento prescrizioni in modalità dematerializzata medici specialisti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Confermato miglioramento per la parte di competenza.
Incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Confermato miglioramento per la parte di competenza.
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Tutti gli obblighi informativi (nazionali e regionali) di competenza sono stati assolti all'interno delle tempistiche stabilite.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Obiettivi raggiunti per la parte di competenza.
Assicurare gli interventi di competenza necessari per il raggiungimento della regolarità contributiva aziendale	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Obiettivi raggiunti per la parte di competenza.
Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per la pianificazione degli acquisti e l'esecuzione dei contratti di fornitura di beni e servizi in materia informatica, di sicurezza e privacy	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Effettuate numerose attività consulenziali in merito.
Supporto tecnico alla Direzione Strategica, AGPat e AGT per l'espletamento delle procedure di gara in materia informatica, di sicurezza e privacy alla scadenza degli affidamenti in atto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Realizzazione dei Capitolati (o parte degli stessi) richiesti.
Definizione dei contenuti tecnici ed organizzativi per la tenuta dei Rapporti tra Pubbliche Amministrazioni e Rapporti con i Cittadini ed imprese nel rispetto delle linee guida AGID	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Effettuati numerosi scambi informativi con i responsabili tecnici dei portali/servizi ministeriali.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dagli organi di controllo.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state adottate e rispettate le misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Garantita la completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT).
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato predisposto il Piano Formativo di Struttura. Realizzate alcune attività di formazione anche attraverso interazione diretta con la stessa Area Formazione.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso dell'anno 2024 la Direzione Amministrativa di Presidio ha proceduto, per quanto di competenza, a evadere richieste correlate all'attivazione dei posti letto previsti da disposizioni regionali (R.R.14/2020 e s.m.l.) e aziendali, dando ogni supporto all'Ufficio Qualità e accreditamento per l'avvio o completamento delle procedure in corso per l'accreditamento di diverse Unità Operative Incardinate nel PO V. Fazzi (fra cui Oncologia ospedaliera e universitaria).
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state evase tutte le richieste e forniti tutti i dati e informazioni disponibili in adempimento agli obblighi di legge, garantendo rispetto dei tempi e qualità dei dati nell'alimentazione dei sistemi informativi gestiti dalla Direzione Amm.va di Presidio (collegamenti con INPS, INAIL, PERIPA, Docusan; Docusan atti, IrisWIN, PagheWEB, MOSS). Sempre nell'ottica del miglioramento continuo nell'anno 2024 è stata richiesta l'attivazione di ulteriori utenze e accessi alle diverse piattaforme in uso, in favore di ulteriori dipendenti incardinati nella Direzione Amministrativa del PO Fazzi.
Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissioni del mandato di pagamento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	ITP: - 37. Si è proceduto alla liquidazione tempestiva di tutte le fatture di pertinenza della Direzione Amministrativa assegnate mediante MOSS. Con nota della Direzione Generale prot. n. 229136 del 05.11.2024 relativa all'ultimo monitoraggio dell'ITP effettuato, per Centro di Spesa, al 30.09.2024 la Direzione Amministrativa del PO registrava un ITP -35. Anche nell'ultimo semestre la Direzione ha mantenuto le stesse tempistiche nella liquidazione delle fatture di competenza.
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il sistema Informativo MOSS è stato puntualmente utilizzato in ogni fase del ciclo attivo e passivo delle procedure amministrativo-contabili di competenza della Direzione Amministrativa di Presidio: emissione ordini, liquidazione fatture passive, emissione fatture attive, inventariazione cespiti, dismissione cespiti/fuori uso.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili, con particolare riferimento alla acquisizione e utilizzo delle forniture di beni e servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel 2024 sono stati correttamente alimentati e gestiti tutti i sub-sistemi informativi – contabili con riferimento alle procedure di acquisizione e utilizzo di forniture di beni e servizi delegate alla Direzione Amministrativa del PO Fazzi.
Aggiornamento inventario attrezzature sanitarie	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Le attrezzature sanitarie di nuova acquisizione sono state tutte tempestivamente inventariate sia contabilmente che fisicamente, procedendo in stretto raccordo con l'Ingegneria clinica preposta ai collaudi e con l'Area gestione del Patrimonio – UOS Inventari beni mobili per il ritiro delle etichette da apporre sull'attrezzatura. Al 31.12.2024 tutto ciò che è stato collaudato è stato inventariato. Deve, altresì, segnalarsi che la Direzione Amministrativa del PO Fazzi ha condotto nel corso del 2024 ricognizione, chiusa al 31.12.2024, di tutti i cespiti (attrezzature sanitarie e mobili vari) dichiarati inservibili all'uso e/o obsoleti da parte delle diverse UOOC del PO Fazzi da dismettere, previo parere, ritualmente acquisito, della UOSVD Ingegneria clinica o della UOC Area Tecnica, ricognizione esitata nella deliberazione del Direttore Generale n. 28/2025.
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	In stretto adempimento alla nota della Direzione Strategica prot. n. 225245 del 29.10.2024 avente ad oggetto "Piano degli investimenti 2025-2027" – Ricognizione fabbisogni" si è proceduto agli adempimenti di seguito dettagliati: - con nota prot. n.228205 del 04.11.2024, a firma dello scrivente Direttore Amministrativo e del Direttore Medico del Presidio Fazzi, è stata trasmessa a tutti i Direttori delle UOOC del PO Fazzi la richiesta della Direzione Strategica di ricognizione dei fabbisogni per il triennio 2025-2027 con invito a provvedere tempestivamente; - è stato, poi, offerto ausilio ai Direttori delle UOOC interessate e alla Direzione Medica di Presidio nell'attività di aggiornamento del proprio fabbisogno, fornendo resoconto di quanto già acquistato nell'anno 2024, nonché ausilio nella compilazione dei moduli relativi a richieste di "nuovo acquisto" di importo superiore a € 5.000,00.
Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100% - Si è data piena attuazione all'obiettivo in base al target richiesto (report informativi) e alle specificazioni di dettaglio rese dal Direttore Amministrativo in sede di assegnazione degli obiettivi, con riferimento al primo e secondo trimestre da accorpate in unico report, e dal Direttore della UOC Controllo di Gestione nel trasmettere file excel da completare per rendere il Report. REPORT TRIMESTRALI TRASMESSI: 1) Nota prot. n. 227771 del 24.10.2024 relativa al periodo gennaio/giugno 2024 relativa ai primi due trimestri dell'anno; 2) Nota prot. n. 223950 del 28.10.2024 relativa al periodo 30 giugno /30 settembre (terzo trimestre dell'anno); Nota prot. n. 270828, del 24.12.2024, relativa al periodo ottobre/dicembre 2024 (quarto trimestre).
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione Amministrativa del PO Fazzi ha verificato, per ciascuna voce di spesa di propria competenza, il rispetto delle condizioni di equilibrio economico- finanziario stabilite dalla Direzione Generale.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni, servizi e affidamento lavori – Corretta ed aggiornata gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e lavori	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state rispettate le disposizioni nazionali, regionali e aziendali nell'espletamento delle procedure di acquisto di beni e servizi delegate dall'Area Gestione del Patrimonio, secondo il flusso di processo in essere nell'Azienda e tramite l'utilizzo della piattaforma telematica EMPULIA. Attraverso i DEC incardinati nella stessa Direzione Amministrativa del PO Fazzi (per il servizio di Lavanolo) o in collaborazione/raccordo con i Dec nominati per altri contratti in essere, incardinati in altra Area o UO dell'ASL Lecce, è stata monitorata la gestione dei contratti in essere riguardanti il PO Fazzi e gestita ogni eventuale segnalazione di disservizio.
Espletamento delle procedure di gara delegate alla scadenza degli affidamenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%: Su 48 deleghe ricevute: n. 41 procedure acquisto interamente espletate, n. 7 in corso di istruttoria già avviata o in fase di prossima aggiudicazione. Alle predette devono aggiungersi n. 5 procedure di acquisto espletate in via autonoma su autorizzazione/delega diretta della Direzione strategica giusta nota prot. n. 89389 del 15.04.2024.
Redazione regolamento gestione rapporti con il personale universitario	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato redatto il Regolamento per la gestione dei rapporti con il personale universitario conferito all'ASL Lecce per lo svolgimento di attività assistenziale all'interno del PO Fazzi, in conformità alle previsioni del Protocollo Regione Puglia / Università del Salento e in collaborazione con l'Area Gestione del personale, coinvolta nella realizzazione del medesimo obiettivo operativo. La bozza del Regolamento è stata trasmessa alla Direzione Generale con nota prot. n. 272179 del 30.12.2024.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nell'anno 2024 non risulta formulato alcun rilievo da parte del Collegio sindacale, né richieste della Direzione Amministrativa aziendale cui la scrivente Direzione Amm.va del PO Fazzi dovesse fornire riscontro.
Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione Amministrativa del PO Fazzi ha ottemperato alle misure previste nella Sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del vigente PIAO 2024/2026, garantendo ogni necessario supporto istruttorio all'Ufficio Unico per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, in riscontro a specifiche richieste riguardanti la Macrostruttura.
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione Amministrativa del PO Fazzi ha, altresì, garantito, nel 2024, la completezza, correttezza e tempestività delle informazioni necessarie all'adempimento delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui alla medesima Sezione del vigente PIAO 2024/2026. Tanto può desumersi, anche, dalla "Attestazione OIV per la fase di monitoraggio", resa il 30 novembre 2024 e pubblicata nella Sezione Amministrazione trasparente del sito web aziendale.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata promossa e favorita la partecipazione di tutto il personale della Direzione Amministrativa del PO Fazzi adetto all'espletamento di procedure di gara alla formazione specifica erogata periodicamente da EMPULIA, oltre che ai Corsi specifici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e nell'ambito del Codice dei Contratti pubblici organizzati all'interno del Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio o da altre Aree aziendali e inseriti nel Piano formativo aziendale. La scrivente ha collaborato con l'URP aziendale e la Direzione Medica del Presidio, all'organizzazione ed espletamento, anche quale Relatore, dell'iniziativa formativa sull'«Umanizzazione delle cure», tenutasi il giorno presso l'Aula Didattica del DEA, provvedendo a trasfonderne i contenuti al personale tutto della UOC. Con riferimento a ulteriori proposte avanzate nel Piano Formativo triennale, il Dirigente UOS Servizi Generali, ha - organizzato, in qualità di Responsabile scientifico, il Corso "Procedimento amministrativo e responsabilità dei Dirigenti e funzionari della P.A. - profili sostanziali e procedurali", tenutosi
Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione Amministrativa di Presidio ha aderito alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dalla UOSVD Comunicazione Istituzionale e URP aziendale finalizzate a rilevare i bisogni dell'utenza attraverso le segnalazioni pervenute e a promuovere opportune azioni di miglioramento. In particolare ha presentato a due riunioni tenutesi in Direzione Generale in cui il Responsabile della predetta UOSVD ha comunicato a tutti i Direttori Medici e Amministrativi di Presidio le analisi condotte sulla soddisfazione di utenti/pazienti aziendali e anche del PO Fazzi, sulla base di parametri e indicatori fissati da AGENAS. All'esito la Direzione Amministrativa del PO Fazzi ha proposto soluzioni di miglioramento nell'ottica dell'umanizzazione delle cure. Tali proposte sono state esposte nella giornata formativa relativa all'«Umanizzazione delle cure» tenutosi presso l'Aula Didattica del DEA, cui hanno partecipato anche i Rappresentanti di alcune Associazioni di pazienti/utenti.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Attuazione disposizioni Direzione Strategica su riordino rete ospedaliera	OBIETTIVO RAGGIUNTO	<p>Preliminarmente, presso il P.O. di Copertino si è proceduto, di concerto con l'AGT, al controllo e verifica dei lavori eseguiti nell'area di cantiere relativa all'U.O.C. Riabilitazione per 19 dei 24 posti letto previsti dalla DGR n. 1384/2024, sollecitando la chiusura dei lavori e lo svolgimento delle operazioni di collaudo.</p> <p>Congiuntamente con l'Ufficio Qualità e Accreditamento sono state effettuate tutte le attività prodromiche all'avvio delle procedure per l'accreditamento dell'U.O. di cui sopra.</p> <p>Per tutti e tre i PP.OO. di pertinenza, questa Direzione Amministrativa si è impegnata attivamente, su indicazione della Direzione Strategica, insieme all'AGT, al monitoraggio dello stato di attuazione dei lavori in corso (e/o da iniziare) presso i P.S. e le terapie intensive finanziate dal D.L. n. 34/2020.</p> <p>Ad integrazione di quanto previsto dalle disposizioni in merito al riordino, questa Direzione, dietro indicazione della Direzione Strategica, ha predisposto quanto necessario al completamento della rete urologica per attivare un day service di urologia per l'abbattimento delle liste d'attesa per la chirurgia open program.</p> <p>Questa Direzione, su indicazione della Direzione Strategica, ha</p>
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Questa Direzione ha garantito, per quanto di competenza, il rispetto di tutte le disposizioni vigenti in materia di sanità elettronica ed il miglioramento della copertura e della qualità dei flussi informativi, oltre che il corretto e tempestivo inserimento nel S.I.S. di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali nel rispetto della normativa e delle delibere di Giunta Regionale vigenti.
Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Giusta nota prot. n. 22034 del 05.02.2025, al 31.12.2024 risultano i seguenti ITP: DAPO Copertino: - 36; DAPO Galatina: - 7; DAPO Scorrano: 15
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il pieno utilizzo del sistema informativo contabile MOSS e sono state eseguite tutte le indicazioni di adeguamento previste dal D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii. E delle direttive regionali in materia su indicazione della Direzione Strategica e dell'AGRF.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili, con particolare riferimento alla acquisizione e utilizzo delle forniture di beni e servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	<p>E' stato avviato un sistema di verifica per i servizi contrattualizzati, pervenendo ad una rideterminazione di spesa con la Ditta Compass Group Italia Spa, ovvero ad una contabilizzazione di un credito in favore della ASL LE, derivante da maggiori somme fatturate per il servizio ensa. Inoltre è stato costantemente monitorato il contratto di sterilizzazione con la Ditta Sterimed Srl che ha registrato un notevole incremento di spesa, dettato e giustificato dal maggior numero di interventi chirurgici registrati nell'anno 2024 rispetto all'anno precedente presso l'ospedale di Copertino. Tanto ha comportato un'importante interazione con la U.O. Controllo di Gestione, al fine di incrementare la sub autorizzazione di spesa all'uppo attivata.</p> <p>E' stato nel contempo avviato un percorso unificato per le tre strutture di acquisizione dei beni non sanitari, permettendo in tal modo di snellire il procedimento, a condizioni contrattuali favorevoli, evitando inutili duplicazioni dei processi contabili.</p>
Aggiornamento inventario attrezzature sanitarie	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Questa Direzione ha predisposto, con la collaborazione del personale afferente all'Ufficio economato dell'ospedale di Copertino, la rilevazione fisica dei beni mobili (mobili, arredi, attrezzature sanitarie) presenti presso l'UO Ortopedia, ivi inclusi gli ambienti in uso fuori del reparto di degenza (deposito di sala operatoria e ambulatorio medico / sala gessi).
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione Amministrativa degli ospedali di Scorrano, Copertino e Galatina ha costantemente e regolarmente interagito con i professionisti sanitari, coadiuvandoli nella predisposizione delle proposte di acquisto, coordinando il fabbisogno espresso delle tre strutture, con il pieno coinvolgimento dei Direttori medici di Presidio.
Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	<p>A tal fine, grazie alla delega agli acquisti di beni aventi carattere di urgenza e indifferibilità, mediante l'utilizzo di piattaforma digitali (MEPA-EmPULIA), di cui alla nota del 15/4/2024 - prot. n. 89389 - e s.m.i. questa Direzione ha provveduto, per il tramite dell'Ufficio Gare Ospedaliere, al soddisfo di acquisti urgenti di modico valore.</p> <p>Lo stato di attuazione del piano degli investimenti è riportato nella nota prot. n. 1179 del 07.01.2025.</p> <p>Inoltre, questa Direzione è stata costantemente aggiornata sullo stato di attuazione dei lavori, grazie anche alla sinergia e collaborazione dell'Area Gestione Tecnica, che ha provveduti a relazionare sugli interventi FESR 2021-2027, LAVORI EX ART. 20 I. 67/88 e ex D.L. 34/2020, Convenzioni / Contratti attivi, contemplanti lavori e manutenzioni insistenti nei PP.OO. di competenza.</p> <p>Da ultimo, questa Direzione è stata parte attiva nel processo di risoluzione delle problematiche connesse ai lavori finanziati D.L. 34/2020.</p>
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato costantemente monitorato il rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario. A garanzia del corretto impiego delle risorse economiche assegnate, è stato costantemente monitorato l'andamento della spesa corrente, in specie quella variabile.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni, servizi e affidamento lavori – Corretta ed aggiornata gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e lavori	NON APPLICABILE	Questa Direzione non ha posto in essere procedure di gara né affidamenti, in quanto non di propria competenza alla luce dell'istituzione della UOSVD Coordinamento dei Servizi Amministrativi Ospedalieri espressamente preposta allo svolgimento in via esclusiva, su delega dell'AGP, delle procedure di acquisto di beni e servizi.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Questa Direzione ha garantito il tempestivo riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.
Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	<p>Questa Direzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ha garantito il rispetto delle leggi e dei principi in materia di buon andamento ed imparzialità della pubblica amministrazione (D.Lgs. n. 171/2016 ss.mm.ii., art. 2, co. 5, e DGR n. 320/2018), effettuando riunioni informative con tutti i propri dipendenti e promuovendo la partecipazione degli stessi agli eventi formativi aziendali in materia;</li> <li>- ha condiviso costantemente con tutti i propri operatori gli obiettivi ed i principi dell'anticorruzione e della trasparenza presenti nel piano triennale aziendale rispettando le misure in esso previste e normate, in particolare modo per quanto concerne gli obblighi previsti dal PIAO 2024/2026.</li> </ul>
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha provveduto alla formazione ed aggiornamento professionale in sede del personale dipendente e sta componendo il dossier formativo di U.O., compatibilmente con le altre attività di servizio.
Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Direzione ha invitato i dipendenti a partecipare agli eventi formativi aziendali tra i quali, a titolo esemplificativo, quello relativo all'umanizzazione delle cure, svoltosi presso il P.O. di Scorrano nel luglio 2024 e quello sul procedimento amministrativo e sulle responsabilità dei dirigenti e dei funzionari, tenutosi a Lecce nel giugno 2024.
		Questa Direzione, per quanto di competenza, ha aderito alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'Azienda.

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

OBIETTIVI OPERATIVI	GRADO DI RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Questa Direzione ha garantito il rispetto dei tempi e la qualità nell'inserimento dei dati sui sistemi informativi sanitari e la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali per quanto di competenza.
Tempestività nella registrazione, liquidazione delle fatture ed emissione del mandato di pagamento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Giusta nota prot. n. 22034 del 05.02.2025, al 31.12.2024 risultano i seguenti ITP: DAPO Casarano: - 9; DAPO Gallipoli: - 2
Pieno utilizzo del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il pieno utilizzo del sistema informativo contabile MOSS e sono state eseguite tutte le indicazioni di adeguamento previste dal D. Lgs. n. 118/2011 e ss.mm.ii. E dalle direttive regionali in materia su indicazione della Direzione Strategica e dell'AGRF.
Corretta alimentazione e gestione dei sub sistemi informativi – contabili, con particolare riferimento alla acquisizione e utilizzo delle forniture di beni e servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato utilizzato il sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità sia per quanto riguarda l'approvvigionamento di beni e servizi, che per il monitoraggio della spesa per il personale nel rispetto delle disposizioni aziendali.
Aggiornamento inventario attrezzature sanitarie	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Le attrezzature sanitarie di nuova acquisizione sono state inventariate sia contabilmente che fisicamente, procedendo in stretto raccordo con l'Ingegneria clinica e con l'Area gestione del Patrimonio.
Predisposizione e aggiornamento dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata assicurata la collaborazione alle competenti aree di gestione per la predisposizione del piano dei fabbisogni di beni e servizi ospedalieri.
Monitoraggio stato di attuazione piano degli investimenti di P.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Con nota prot. n. 271700 del 30.12.2024, la Direzione ha trasmesso i dati relativi allo stato di attuazione del piano degli investimenti di competenza dei PP.OO. di Gallipoli e Casarano.
Verifica per le voci di spesa di competenza del rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario stabilite dalla Direzione Generale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato costantemente monitorato il rispetto delle condizioni di equilibrio economico - finanziario. A garanzia del corretto impiego delle risorse economiche assegnate, è stato costantemente monitorato l'andamento della spesa corrente, in specie quella variabile.
Rispetto delle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali in materia di acquisto di beni, servizi e affidamento lavori – Corretta ed aggiornata gestione dei contratti di fornitura di beni, servizi e lavori	NON APPLICABILE	Questa Direzione non ha posto in essere procedure di gara né affidamenti, in quanto non di propria competenza alla luce dell'istituzione della UOSVD Coordinamento dei Servizi Amministrativi Ospedalieri espressamente preposta allo svolgimento in via esclusiva, su delega dell'AGP, delle procedure di acquisto di beni e servizi.
Tempestivo ed accurato riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale (entro 15 giorni lavorativi dalla richiesta del Direttore Amministrativo)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Questa Direzione ha garantito il tempestivo riscontro ai rilievi formulati dal Collegio Sindacale.
Rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) aziendale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state rispettate tutte le misure assegnate e previste nel PTPCT aziendale.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Il personale ha svolto attività di formazione ed aggiornamento professionale in materia di appalti, utilizzo dei gestionali in uso e sui CCNL.
Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Questa Direzione ha aderito alle iniziative sulla partecipazione intraprese dall'Azienda tramite indagini sul benessere organizzativo / lavorativo.

### Valutazione risultati Strutture afferenti al Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio

Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca per tutte le Strutture del Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio sul valore di raggiungimento degli obiettivi  $\geq 80\%$ .

#### - Uffici di staff della Direzione Strategica

Nel corso del 2024 gli Uffici di *Staff* della direzione strategica, già afferenti al Dipartimento Governo Clinico, erano costituiti dalle seguenti UU.OO.:

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

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

U.O.C di Statistica ed Epidemiologia

OBIETTIVI OPERATIVI	STATO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2024	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Predisporre un cruscotto direzionale ovvero produzione report periodici che permetta la valutazione delle performance sia per le prestazioni ambulatoriale sia per gli interventi chirurgici programmati	OBIETTIVO PARZIALMENTE RAGGIUNTO	Non si è proceduto ad un vero proprio cruscotto ma sono state implementate diverse attività di rendicontazioni specifiche alla direzione strategica.
Assicurare la verifica per la mobilità passiva (in particolare per quanto concerne attività specialistica, ricoveri) per quanto di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato effettuato il 100% delle verifiche dei flussi secondo obbligo regionale.
Verifica appropriatezza dei ricoveri e prestazioni secondo i piani e le percentuali previste per l'allineamento con le indicazioni regionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Effettuato il 100% delle verifiche sulle Case di Cura Private accreditate e il 10% sulle strutture pubbliche con invio di Report e Flussi secondo indicazioni regionali. Verifica IMA/SCA
Aggiornamento casistica Registro Tumori secondo programmazione CTS (SI/NO)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati raggiunti tutti gli obiettivi secondo la programmazione del Centro Coordinamento registro Tumori Puglia-Aress riguardo il completamento dell'analisi di incidenza, prevalenza fino all'anno 2021. Quasi completata la casistica anno 2022 e iniziato a lavorare il 2023. E' stato pubblicato l'Atlante dei Tumori nella Provincia di Lecce corredato dalle mappe del rischio di tutti i 96 comuni della Provincia di Lecce. Riguardo il registro di Mortalità sono state codificate tutte le cause di morte per l'anno 2023 e iniziata la codifica dell'anno 2024.
Assicurare le funzioni di Responsabile Interno di Progetto del sistema informativo sanitario regionale (EDOTTO)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I dati sono stati conferiti nel sistema informativo sanitario Regionale Edotto in base alle scadenze previste dalla delibera Regionale.
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi al NSIS	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si attesta il conferimento dati di attività gestionali ad NSIS come da riferimento normativo del DM 5/12/2006 (Modello HSP,STS,RIA,FLS).
Assicurare la formazione e il supporto a tutte le Strutture aziendali per la corretta e completa implementazione dei flussi informativi di riferimento	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato assicurato agli utenti della struttura ASL, ai fini dell'implementazione dei flussi, sia la formazione che il supporto.
Aggiornamento dati su modelli Ministeriali delle UU.OO. e posti letto ospedalieri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'aggiornamento è stato effettuato dopo aver ricevuto l'accreditamento ufficiale della struttura o dei posti letto da parte della Regione, garantendo così la corretta e tempestiva registrazione dei dati.
Mettere in atto strategie organizzative e iniziative di programmazione sanitarie coerenti ed orientate sulla base dei dati disponibili sulla popolazione e sui servizi	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato garantito il supporto con elaborazione dati alla Direzione Sanitaria ai fini della programmazione
Stratificazione epidemiologica della popolazione per la rilevazione dei bisogni e la programmazione del governo dell'offerta	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Per quanto riguarda la stratificazione epidemiologica della popolazione, sono stati prodotti diversi report in base alle richieste delle varie strutture. Questo ha permesso di avere una panoramica dettagliata dei bisogni e di pianificare al meglio l'offerta di servizi.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state rispettate tutte le misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) contribuendo così a mantenere un ambiente trasparente e conforme alle normative."
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state svolte con attenzione e puntualità tutte le attività relative alla pubblicazione obbligatoria previste dal Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT) assicurando che tutte le informazioni siano state complete, corrette e pubblicate tempestivamente, in conformità con quanto stabilito dalla legge.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stato svolto l'aggiornamento professionale rispettando il piano formativo previsto, garantendo così il continuo sviluppo e aggiornamento nel ruolo.
Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'Unità Operativa ha aderito a tutte le iniziative Aziendali poste in essere.

**U.O.S.V.D. Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale**

OBIETTIVI OPERATIVI	STATO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2024	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Analisi e verifica del contesto organizzativo dei requisiti legislativi e della documentazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Pianificazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Attuazione, controlli operativi e verifiche (trattamento del rischio)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Gestione delle procedure organizzative e degli istituti relazionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Riesami e valutazione prestazionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Miglioramento continuo	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI

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

OBIETTIVI OPERATIVI	STATO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2024	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Redazione e/o verifica e pubblicazione di procedure e protocolli aziendali in materia di rischio clinico	OBIETTIVO RAGGIUNTO	> 90%
Verifica e pubblicazione di PDTA aziendali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Non è stato richiesto il supporto per la verifica / pubblicazione di alcun PDTA aziendale
Garantire le attività di competenza nell'ambito della Commissione Valutazione Sinistri	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Garantire l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali, monitorandone l'attuazione	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI. Il monitoraggio delle procedure è in capo alle Direzioni Mediche di P.O. L'U.O. Rischio Clinico, tuttavia, anche in relazione alla necessità di aggiornare il proprio Piano di Gestione del Rischio Clinico (PARC), svolge monitoraggio sulle procedure aziendali secondo effettive possibilità di accedere al dato.
Trasmissione da parte dei Direttori Generali al Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente di una relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI per il PARS. Il documento è stato elaborato dall'U.O. Rischio Clinico sulla scorta di formali documenti aziendali. L'U.O. Rischio Clinico ha altresì provveduto a proporre la D.D.G. n. 656 del 15.05.2025 e a trasmettere il PARS al Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la Gestione del Rischio per il paziente.
Costituzione di un Board aziendale dedicato alla sicurezza delle cure con realizzazione di almeno n. 2 progetti multidisciplinari per anno di attività	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI, l'U.O. Rischio Clinico ha fattivamente partecipato al board aziendale dedicato alla sicurezza delle cure in riferimento a: 1. Gruppo di lavoro in materia di prevenzione delle aggressioni agli operatori sanitari di cui alla D.D.G. n. 1088 del 4.10.2024; 2. Contributo al corso di formazione in attuazione del PNRR - Missione M6C2 - Sviluppo delle competenze tecnico - professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario sub investimento 2.2 (b) - Corso di formazione in infezioni ospedaliere.
Partecipazione e supervisione delle attività di auditing relative a near miss ed eventi avversi di "minore entità"	OBIETTIVO RAGGIUNTO	> 90%
Gestione diretta degli audit relativi ad eventi sentinella, Significant Event Audit (SEA) e/o audit di sistema caratterizzati da elevata rilevanza organizzativa	OBIETTIVO RAGGIUNTO	> 90%
Monitoraggio dell'applicazione di documenti aziendali in materia di rischio clinico	OBIETTIVO RAGGIUNTO	L'U.O. Rischio Clinico svolge monitoraggio sulle procedure aziendali secondo effettive possibilità di accesso al dato (cadute tramite analisi segnalazioni pervenute, corretta identificazione del paziente tramite sopralluogo, conoscenza procedure aziendali attraverso audit, corretta gestione della documentazione sanitaria e utilizzo di idonea modulistica- es. gestione presidi e ausili del paziente - attraverso valutazione di fonte documentale, monitoraggio trasversale sulle varie procedure a mezzo valutazione delle richieste di risarcimento.
Programmazione dell'attività di Safety Walkaround ("giri per la sicurezza"), con priorità definita sulla base di un'analisi del rischio attuale e potenziale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Non è pervenuta alcuna richiesta di attività in tal senso.
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Garantire la tempestività dell'alimentazione dei flussi istituzionali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI, piano di U.O. presentato. Corso di formazione organizzato: "Prevenzione e gestione delle cadute del paziente. Stato dell'arte". Aggiornamento del personale dipendente a mezzo di attività di audit.

**U.O.S.V.D. Comunicazione informazione istituzionale / URP**

OBIETTIVI OPERATIVI	STATO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2024	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Attuazione del Progetto a livello aziendale, secondo le linee guida regionali, garantendo consulenza e supporto a tutte le Strutture sanitarie interessate	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel corso del 2024 sono state realizzate le azioni previste dal progetto regionale. Si è proceduto all'aggiornamento della cartellonistica (cartelli bilingue con i colori stabiliti dal progetto Hospitality)
Aggiornamento del portale regionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla costante verifica del grado di aggiornamento delle sezioni del portale WEB Puglia Salute. Per gli aggiornamenti sono stati formati i redattori (vecchi e nuovi) delle Unità Operative aziendali che sono abilitati all'inserimento dei dati e delle informazioni che vengono pubblicate previa approvazione da parte della UOSVD Comunicazione Informazione Istituzionale.
Realizzazione /Aggiornamento Carta dei Diritti delle persone fragili in ospedale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	La Carta dei Diritti delle persona con disabilità, approvata con Delibera n.159 08/05/2023 ha suscitato interesse del Garante per le disabilità in Regione per l'adozione nelle altre ASL Puglia e strutture del privato accreditato.
Pubblicazioni di post sul canale facebook istituzionale	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Nel 2024 i post pubblicati assommano: FB 474, IG 478. Sensibile aumento dei post pubblicati rispetto all'anno precedente
Pubblicazione dei concorsi banditi dalla ASL su LinkedIn	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto alla pubblicazione in misura superiore al valore target >30%. Da gennaio 2025 LinkedIn non è più utilizzato perché ASL Lecce pubblica i bandi sul portale del reclutamento inPA
Gestione delle segnalazioni pervenute all'URP	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state gestite tutte le 1292 segnalazioni giunte all'URP nel 2024, cresciute di 562 segnalazioni rispetto al 2023.
Risposte agli utenti delle segnalazioni scritte pervenute all'URP	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' sempre stata data risposta all'Utente
Assicurare la partecipazione alle iniziative del gruppo regionale di coordinamento della comunicazione in sanità	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata assicurata la partecipazione a tutti gli incontri del Gruppo regionale di coordinamento della comunicazione, sia in presenza che da remoto.
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati assicurati tutti i flussi informativi di competenza della struttura.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state rispettate tutte le misure previste del Piano aziendale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono state assicurate completezza e tempestività delle pubblicazioni di competenza previste dal PTPCT.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati effettuati i corsi inseriti nel PAF 2023-25 ed è stata consentita la partecipazione di tutti gli operatori ai percorsi formativi di competenza della struttura.
Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	I Piani di Miglioramento elaborati dalle 6 Direzioni amm.ve e mediche sono stati condivisi con il Terzo Settore in 4 ospedali su 6 per difficoltà logistica (PO Casarano per lavori di ristrutturazione in corso) e organizzative (PO Copertino).

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

OBIETTIVI OPERATIVI	STATO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2024	COMMENTI SUI RISULTATI 2024
Proposta / Aggiornamento e attuazione Piano Formativo Aziendale - Aggiornamento Piano Formativo Aziendale e Previsione obbligo formativo in medicina di genere	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Proposta / Aggiornamento e attuazione Piano Formativo Aziendale - N. di corsi interni realizzati / N. di corsi richiesti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%
Proposta / Aggiornamento e attuazione Piano Formativo Aziendale - N. Corsi – Comandi esterni autorizzati / Corsi richiesti e autorizzati dalla Direzione Strategica	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%
Proposta / Aggiornamento e attuazione Piano Formativo Aziendale - N. di tirocini autorizzati / N. di tirocini richiesti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%
Proposta / Aggiornamento e attuazione Piano Formativo Aziendale - N. di patrocini concessi / patrocini richiesti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI

<b>U.O.S.V.D. Ufficio Medico Competente</b>		
<b>OBIETTIVI OPERATIVI</b>	<b>STATO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2024</b>	<b>RISULTATI RAGGIUNTI NEL 2024</b>
Visite previste dal D.Lgs. n. 81/2008 e ss.mm.ii. Lavoratori e Personale Tirocinante	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%
Esecuzione prelievi ematici (Lavoratori e tirocinanti)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100%
Vaccinazione (antinfluenzale – Antiepatite B – Anti DTP – Anti MPRV)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	272 (237 nel 2023)
Protocolli Post – Esposizione Incidente occupazionale a rischio biologico personale ASL	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi di competenza	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI

<b>STRUTTURA: U.O.S.V.D. Centro Unico di Prenotazione CUP aziendale</b>		
<b>OBIETTIVI OPERATIVI</b>	<b>STATO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2024</b>	<b>RISULTATI RAGGIUNTI NEL 2024</b>
Revisione delle agende al fine di ottimizzare il rapporto tra domanda e offerta	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è proceduto al 100% della revisione delle agende secondo linee guida aziendali.
Promozione apertura agende UBD	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è promossa l'apertura di ulteriori agende con priorità UBD secondo il Modello RAO.
Incremento punti di prenotazione esterna	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati incrementati i punti di prenotazione rispetto all'anno precedente mediante l'inserimento al CUP di due strutture esterne.
Elaborazione (mensile, trimestrale, semestrale) dei report relativi ai tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nel rispetto delle scadenze previste	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100% delle elaborazioni previste Relative al Monitoraggio per il Governo delle Liste di Attesa Istituzionale ed ALPI nel rispetto delle scadenze (mensili, trimestrali) e Monitoraggio delle Sospensioni semestrale previsti dal PRGLA e PNGLA 2019/2021.
Predisporre un cruscotto direzionale ovvero produzione report periodici che permetta il monitoraggio dei tempi di attesa sia per le prestazioni ambulatoriale sia per gli interventi chirurgici programmati	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100% delle elaborazioni richieste secondo specifiche necessità e richieste del RULA e della Direzione Strategica Aziendale.
Attuare le disposizioni della Direzione Aziendale sulla presa in carico dei pazienti cronici mediante l'utilizzo delle agende dedicate	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Sono stati definiti nuovi percorsi per la presa in carico delle cronicità (scompenso cardiaco, diabete, TAVI...) con l'incremento delle agende dedicate rispetto all'anno precedente.
Aggiornamento sulla procedura delle prestazioni e dei sistemi di monitoraggio	OBIETTIVO RAGGIUNTO	100% degli aggiornamenti previsti da norme regionali e nazionali relativamente all'erogazione di prestazioni.
Assicurare le funzioni di Responsabile Interno del Progetto di Sistema informativo sanitario regionale (EDOTTO)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	E' stata assicurata la funzione di Responsabile interno del Progetto EDOTTO.
Assicurare la trasmissione dei flussi informativi al NSIS	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Si è assicurata la trasmissione dei flussi informativi al NSIS.
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Rispetto delle misure assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale: sensibilizzando e motivando i propri collaboratori alla condivisione e al rispetto del codice di comportamento aziendale, predisponendo un clima organizzativo favorevole in termini di efficacia ed efficienza.
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Rispetto delle misure in materia di Trasparenza assegnate alla struttura dal vigente PTPCT aziendale.
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	Organizzazione e partecipazione attiva alle sessioni di aggiornamento sul corretto rapporto con l'utenza e sulla gestione dell'applicativo di prenotazione, al fine di promuovere la divulgazione delle nuove procedure tecnologiche nell'ottica di migliorare la performance lavorativa.

U.O.S.V.D. PSICOLOGIA DEL LAVORO E BENESSERE ORGANIZZATIVO		
OBIETTIVI OPERATIVI	STATO RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI 2024	RISULTATI RAGGIUNTI NEL 2024
Assicurare consulenza e supporto psicologico dei dipendenti	OBIETTIVO RAGGIUNTO	N. 41
Assicurare consulenza e supporto ai direttori di struttura sui rischi psicosociali e nella gestione delle criticità gestionali e organizzative	OBIETTIVO RAGGIUNTO	N. 37
Valutazione del rischio stress lavoro correlato	OBIETTIVO RAGGIUNTO	N. 74
Formazione del personale dipendente in materia di rischi psicosociali	OBIETTIVO RAGGIUNTO	N. 6
Rispetto degli obiettivi contenuti nella DGR annuale di definizione degli obblighi informativi, ex art. 39 LR 4/2010	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Adozione e rispetto delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e supporto istruttorio all'RPCT per le segnalazioni riguardanti la Macrostruttura	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Completezza, correttezza e tempestività delle pubblicazioni obbligatorie per legge, di cui al vigente Piano Triennale Aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Presentazione, realizzazione e gestione del Piano Formativo di U.O.	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI
Adesione alle iniziative sulla valutazione partecipativa intraprese dall'azienda	OBIETTIVO RAGGIUNTO	SI

**Valutazione risultati Uffici di Staff**

Dall'analisi delle schede degli obiettivi operativi e dalle relazioni dei Direttori di Struttura si evidenzia che, compatibilmente con le risorse assegnate, la valutazione della *performance* organizzativa si colloca complessivamente, per gli Uffici di *Staff*, sul valore di raggiungimento degli obiettivi > 80%.

**6) Misure di prevenzione della corruzione e trasparenza**

L'attività delle strutture aziendale è stata improntata al rispetto delle misure previste per la prevenzione della corruzione e trasparenza dettagliatamente riportate nella Sezione Anticorruzione e *performance* del PIAO 2024 – 2026, adottato con deliberazione D.G. n. 87 del 31.01.2024.

Come attestato dalla R.P.C.T. aziendale, con nota prot. n. 92474 del 27.05.2025, a seguito dell'attività di monitoraggio e verifica, condotta nell'ambito delle competenze attribuite, i Direttori e i Dirigenti della ASL di Lecce hanno dato attuazione alle misure previste dal P.I.A.O.

Le attività di verifica hanno incluso l'analisi della documentazione, il controllo dei dati pubblicati nella sezione “*Amministrazione Trasparente*” del sito *web* aziendale, nonché il riscontro del rispetto degli obblighi individuali e collettivi di prevenzione della corruzione.

In particolare, si evidenzia che:

- i Dirigenti individuati quali Responsabili di procedimento, in sinergia con i referenti per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, hanno assolto agli obblighi di comunicazione e aggiornamento dei dati previsti dal D. Lgs. n. 33/2013, secondo le indicazioni dell'Ufficio Unico per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza. Tale attività è certificata dal documento di Attestazione O.I.V. sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione reso in data 11.06.2024, regolarmente pubblicato in Amministrazione Trasparente;
- i Dirigenti individuati nell'allegato f) del P.I.A.O. 2024 – 2026 hanno garantito un pronto ed esaustivo supporto alla R.P.C.T. con riferimento a qualsivoglia richiesta di dati e/o informazioni, relative a segnalazioni pervenute all'Ufficio.

La R.P.C.T. ha attestato, altresì, l'assenza di criticità rilevanti o violazioni tali da pregiudicare l'efficacia complessiva del sistema di trasparenza e prevenzione della corruzione aziendale.

## **7) Formazione del personale**

L'attività di formazione è oggetto di specifica programmazione. In attuazione del vigente Piano Formativo Aziendale 2023 – 2025, nel corso del 2024 sono stati attivati n. 257 corsi di formazione, di cui 14 non ECM e 243 accreditati con il sistema dell'educazione continua in medicina, rivolti pertanto al personale sanitario.

207 corsi erano già previsti nel piano formativo triennale aziendale, approvato con deliberazione D.G. n. 81 del 30.01.2024 (approvazione piano formativo aziendale 2023/2025), 50 sono stati integrati successivamente, su richiesta delle unità operative per assolvere a specifiche esigenze formative, subentrate dopo l'approvazione dello stesso piano.

Ai predetti corsi, hanno partecipato 7.727 dipendenti/convenzionati, di cui 1.727 uomini e 6.000 donne.

Le tematiche dei corsi hanno riguardato sia le problematiche di sicurezza sul lavoro, sia competenze professionali riferite alle singole discipline, presenti nelle diverse unità operative.

I corsi non ECM hanno, invece, interessato il personale tecnico e amministrativo, relativamente alle procedure interne e agli aggiornamenti normativi che hanno riguardato la pubblica amministrazione e le aziende sanitarie.

Sono stati, inoltre, garantiti nei confronti del personale esterno all'Asl, n. 219 corsi di formazione in tema di emergenza-urgenza, rivolti al personale che doveva acquisire competenze relative all'uso del defibrillatore o di intervento in situazioni di emergenza, provenienti da comuni, istituti scolastici, associazioni sportive, associazioni di volontariato. A questi eventi formativi hanno partecipato n. 2.205 corsisti.

Nello stesso anno 2024, è stata garantita l'attività formativa a studenti e corsisti provenienti da università ed enti di formazione che dovevano svolgere tirocini curriculari. In particolare, sono stati realizzati n. 587 tirocini richiesti da università italiane e straniere e, n. 107 richiesti di enti di formazione autorizzati dalla regione ad effettuare corsi per OSS.

## **8) La valutazione partecipativa**

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

### Interventi da parte del Comitato Consultivo Misto

La ASL di Lecce con delibera n. 209 del 28.01.2019 ha rafforzato ulteriormente l'integrazione tra Azienda e Associazioni, attraverso una maggiore partecipazione dell'utenza tramite le Associazioni di volontariato e di tutela dei diritti, sia nella programmazione delle attività e nella valutazione della qualità dei servizi, sia nella tutela dei diritti dei cittadini.

Il C.C.M. ha le funzioni di contribuire alla programmazione aziendale in materia di organizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari e valutare i servizi sanitari e socio-sanitari erogati, verificandone la funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio Sanitario Regionale ed agli obiettivi dei Piani Sanitari Regionali.

Nell'anno 2024 è stato nominato il nuovo Presidente del C.C.M., che ha introdotto nuove modalità di affrontare le criticità sia oggettive che soggettive, dando maggiore visibilità al Comitato, grazie alla presenza dello stesso a manifestazioni aziendali nonché a momenti di formazione, convegni e relazioni ed anche ad incontri pubblici.

Il Presidente si è fatto, inoltre, carico di convergere le criticità rilevate dalle singole Associazioni del CCM ai vari interlocutori tra cui la Direzione Generale.

Nell'anno 2024, il C.C.M. ha effettuato n. 3 Assemblee:

1. Assemblea del 23 gennaio 2024 con il seguente ordine del giorno:

- saluti del Direttore;
- presentazione della programmazione annuale da parte del nuovo Presidente;
- varie ed eventuali.

2. Assemblea del 10 aprile 2024 con il seguente ordine del giorno:

- lettura e approvazione assemblea precedente;
- composizione dei gruppi di lavoro nei tavoli tematici;
- attività del CCM asl Lecce per l'anno 2024;
- varie ed eventuali.

3. Assemblea del 24 settembre 2024 con il seguente ordine del giorno:

- saluti del Direttore Sanitario;
- approvazione assemblea precedente;
- momento di formazione sulla Radio terapia a cura della dott.ssa Angela Sardaro;
- momento di Formazione e informazione con la dott.ssa Cristina M. Del Prete (Nuova tecnologia Robotica);
- momento di formazione/informazione con la dott.ssa M. Forcignanò ( Sostegno a scuola per disabili);
- varie ed eventuali.

Sono stati effettuati n. 3 Tavoli tematici

1. Tavolo della senologia alla presenza della Direttrice Sanitaria, tenutosi il 03.07.2024;
2. Tavolo tematico sulla criticità in Senologia, tenutosi il 26.11.2024;
3. Tavolo tematico sulla disabilità per pazienti con gravi disabilità e odontoiatria, tenutosi il 26.11.2024.

Di seguito le azioni positive effettuate nell'anno 2024:

- impegno Iscrizioni RUNTS delle Associazioni
- attività di informazione attraverso Corsi di informazione/formazione
- partecipazioni ad attività sul territorio.

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

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

Le segnalazioni – nella forma di osservazioni, rilievi, suggerimenti, reclami e ringraziamenti – esprimono le esigenze di salute che a noi giungono dall'utenza e dal Terzo Settore (TDM, CittadinanzAttiva, associazioni provinciali e regionali).

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

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

Ridurre il *gap* tra le aspettative dell'utenza e la sua soddisfazione è, di fatto, uno degli obiettivi cruciali dell'Azienda. Per far questo, la U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale sua tutela attraverso modalità diversificate di comunicazione:

- in presenza;
- digitalmente;
- telefonicamente;
- con iniziative e progetti condivisi di umanizzazione, diritti, dignità.

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

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

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

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

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

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

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

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

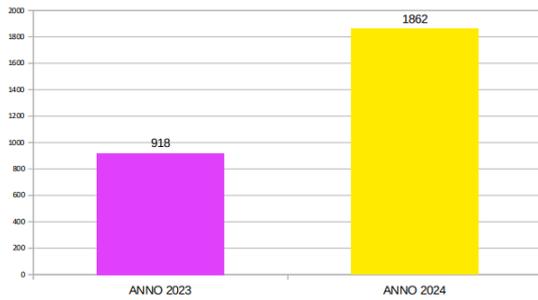
La U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale, con la diversificazione dei sistemi di ascolto che gestisce, rileva la "voce" degli utenti – la loro esperienza diretta, la percezione e la rappresentazione che dei servizi sanitari hanno – attraverso gli sportelli virtuali costituiti dai social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

Il numero di visualizzazioni dei *social* è in costante crescita così come il numero di *follow*. Nel 2024 la pagina *facebook* è stata seguita da 36.760 utenti (erano 35.653 nel 2023), *Instagram* da 2.527 (2.078 nel 2023) e *Linkedin* da 1.559 (1.397 nel 2023).

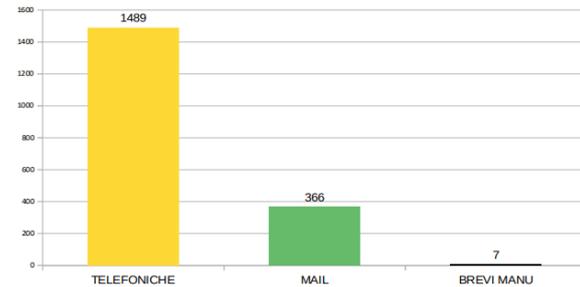
Il portale istituzionale ASL Lecce (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>) è un altro canale di immediata consultazione per conoscere le iniziative della Salute a livello provinciale e regionale, e per reperire informazioni dettagliate sull'offerta dei servizi sanitari. Oltre alla Guida ai servizi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

La linea telefonica dedicata al pubblico (0832/215701) assicura la risposta dell'operatore; nelle ore non lavorative funziona come segreteria telefonica e fornisce orari di servizio al pubblico e account PEO per richieste scritte.

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



**Tabella 1.** Informazioni: n.918 nel 2023 – n.1.862 nel 2024

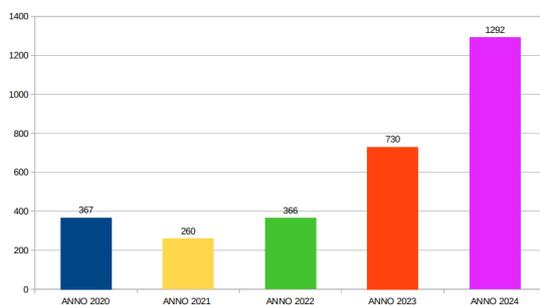


**Tabella 2.** Canali Richiesta Informazioni 2024

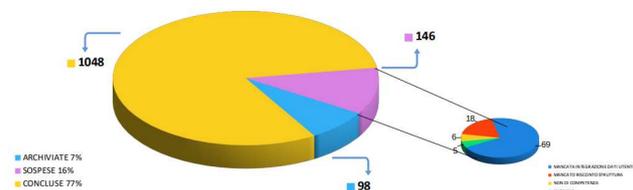
Le segnalazioni processate nel 2024 sono state 1.292. Negli ultimi cinque anni il numero è più che triplicato e ciò è attribuibile non a un incremento della valutazione negativa dei servizi e delle prestazioni o ad un aumento dei disservizi quanto, invece, alla percezione che l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e l'Azienda nel suo complesso possano rispondere con efficacia e solerzia a quesiti e criticità, e risolverli.

Punti di forza della presa in carico delle segnalazioni sono l'avvio celere dell'istruttoria (protocollazione e assegnazione per competenza), la collaborazione tra servizi, la restituzione all'utente dell'esito a conclusione dell'iter. Il risultato è la creazione di un canale comunicativo e relazionale di valore con i cittadini utenti, sempre più apprezzato e utilizzato.

A conclusione dell'anno le segnalazioni (1.292) sono risultate suddivise in archiviate (98), concluse (1.048), in lavorazione (146) e distinte per ambiti e strutture.



**Tabella 3.** Segnalazioni dal 2020 al 2024



**Tabella 4.** Segnalazioni 2024 (Grafico aggiornato al 15/01)

Ulteriore *feedback* sono i ringraziamenti in presenza o via *mail* rivolti all'operato dell'U.R.P., sia alla sede centrale Direzione Generale e sia alle sedi periferiche. I ringraziamenti e gli elogi per iscritto arrivano anche per altre strutture e Unità Operative aziendali. Nel 2024 sono giunti 96 elogi (nel 2023 erano stati 80). La rete territoriale U.R.P. impegna gli operatori dedicati nei Presidi Ospedalieri di Casarano, Copertino, Gallipoli, Scorrano e nei Distretti Socio-Sanitari di Campi Salentina, Maglie e Poggiardo.

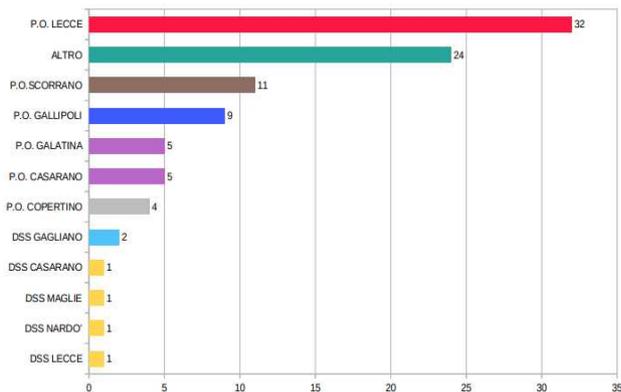


Tabella 5. Totale Elogi (n. 96)

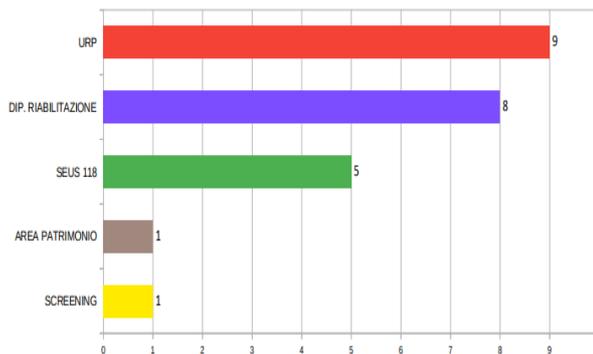


Tabella 6. Distribuzione Elogi "Altro" (n.24)

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

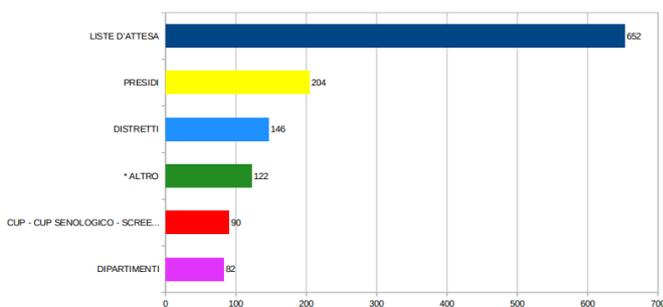


Tabella 7. Macroaree segnalazioni 2024

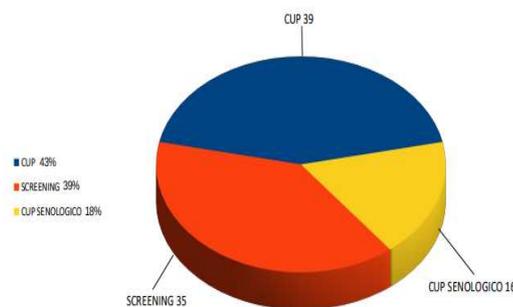


Tabella 8. CUP/CUP senologico/Screening

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

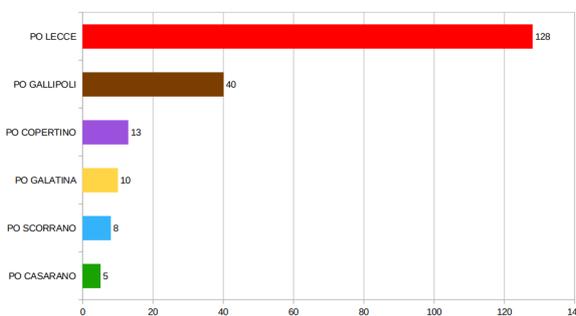


Tabella 9. Segnalazioni 6 PP.OO. (n. 204)

	LECCE	GALLIPOLI	COPERTINO	SCORRANO	GALATINA	CASARANO	TOT
ASPETTI RELAZIONALI	44	9	2	3	3		61
ASPETTI TECNICO-PROFESSIONALI	30	10	6	1	3		50
ASPETTI TECNICO-ORGANIZZATIVI	71	19	3	4		2	99
TEMPESTIVITA' PUNTUALITA'	35	22	2	4	2	2	67
INFO	10	3	2	1			16
STRUTTURA FISICA	2						2
PRESTAZIONI ALBERGHIERA	10	1	1				12
ALTRO	6				3		9
TOT	208	64	16	13	11	4	316

Tabella 10. Tipologia segnalazioni 6 PP.OO.

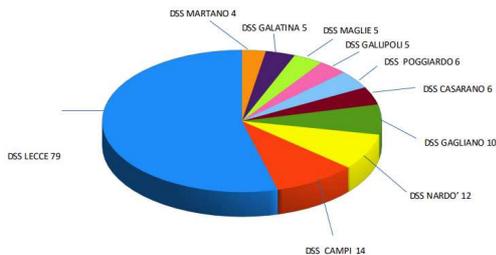


Tabella 11. Segnalazioni 10 Distretti SS (n. 146)

	LECCE	CAMPI	NARDO'	GAGLIANO	CASARANO	MARTANO	GALLIPOLI	POGGIARDO	MAGLIE	GALATINA	TOT
ASPETTI RELAZIONALI	33	10	6	2	4	3	2	1	3	1	65
ASPETTI TECNICO-PROFESSIONALI	12	5	4	1	1		2	3			28
ASPETTO TECNICO ORGANIZZATIVI	49	6	6	7	3	3	4	2	2	5	87
TEMPERATIVITA' PUNTUALITA'	3		2	1	2	1			2	1	12
INFO	4	2			2	1					9
STRUTTURA FISICA	3										3
PRESTAZIONI ALBERGHERE	1			2							3
ALTRO	2	1						1			4
TOT	107	24	18	13	12	8	8	7	7	7	211

Tabella 12. Tipologia segnalazioni 10 Distretti SS

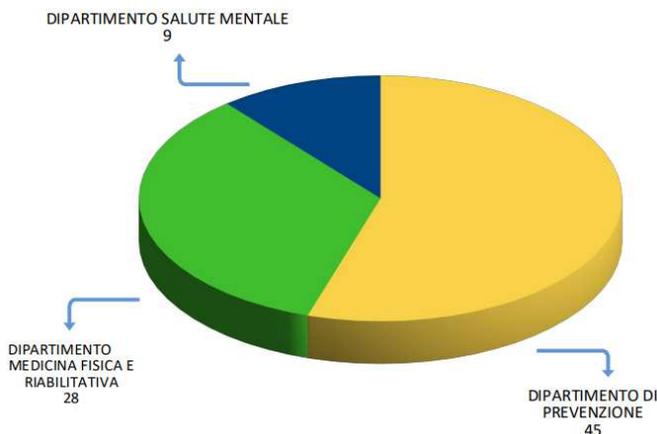


Tabella 13. Segnalazioni Dipartimenti (n. 82)

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

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

- la compilazione del questionario on line “*Esprimi la tua opinione*”, reperibile nella *homepage* del portale istituzionale ASL Lecce (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>) che raccoglie i giudizi soggettivi riguardanti i Presidi Ospedalieri, i Servizi territoriali, i Centri Unici di Prenotazione;
- l'analisi dei *report* mensili dell'attività resa dalla rete U.R.P. aziendale;
- le comunicazioni spontanee inserite nelle cassette di posta a disposizione dell'utenza in taluni servizi.

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

Consapevole che il punto di vista di chi fruisce dei servizi per la salute è centrale per la buona gestione e il miglioramento dell'offerta sanitaria, ASL Lecce – per il tramite U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale, capofila tra le ASL partecipanti della Puglia ai progetti Agenas negli anni pre-pandemia Covid 19 – ha inteso riprendere nel 2023-2024 l'esperienza della collaborazione sul campo con il Terzo Settore e i cittadini, aderendo al progetto “*Valutazione partecipata del grado di Umanizzazione e Sicurezza delle strutture di ricovero per acuti*”.

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

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

In sanità, umanizzare significa rendere i luoghi di assistenza e i programmi diagnostico-terapeutici orientati quanto più possibile alla persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica, quanto ASL Lecce si prefigge di conseguire per garantire qualità assistenziale a tutti i cittadini, senza distinzione alcuna. Pertanto, per dare avvio al progetto-ricerca Umanizzazione e Sicurezza da attuarsi nei sei Presidi Ospedalieri pubblici e, per adesione spontanea, in quattro strutture del privato accreditato (Città di Lecce *Hospital*, Clinica San Francesco, Villa Bianca, Villa Verde), nel 2023 si è pubblicato sul portale PugliaSalute e sui *social* il bando rivolto al Terzo Settore per raccogliere adesioni.

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

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

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

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

Nel 2023 sono stati effettuati i monitoraggi da parte delle *équipe* miste formate da operatori ASL, dalle cittadine, dai volontari e volontarie del Terzo Settore; nel 2024 si è proceduto all'analisi quantitativa e qualitativa dei dati raccolti attraverso le schede nazionali standardizzate Agenas di valutazione partecipata Umanizzazione e Sicurezza, e il Diario di Bordo.

Ogni Struttura monitorata ha ricevuto la lista con gli *item* critici tra i 67 che componevano la scheda Umanizzazione e la lista con gli *item* critici tra i 43 che componevano la scheda Sicurezza; le Direzioni medica e amministrativa di ciascun Presidio Ospedaliero ASL ha poi provveduto a redigere il rispettivo Piano delle Azioni di Miglioramento secondo i tre criteri fissati da Agenas:

1. rilevanza aziendale;
2. costi;
3. tempistica.

Quattro su sei delle sedi ospedaliere hanno condiviso il Piano di Miglioramento con la rispettiva *équipe* mista di valutazione partecipata. In due Presidi Ospedalieri (Casarano e Copertino) gli incontri programmati ASL / Terzo Settore non sono avvenuti per sopraggiunti impedimenti di natura organizzativa o logistica.

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

In virtù del ruolo che il Terzo Settore riveste e delle mansioni che svolge a contatto quotidiano con i bisogni dell'utenza, i volontari e le volontarie, nel 2024, hanno messo in campo azioni di miglioramento dei luoghi delle cure, attività di promozione della prevenzione e degli stili di vita corretti. Pertanto, associazioni e cittadini si sono fatti promotori di molteplici iniziative benefiche, tra le quali:

- donazione di dispositivi: barelle, pulsossimetro, *holter*, carrelli, attrezzi per riabilitazione, letto elettrico, podoscopio, colposcopio, *pc*, monitor, poltrone, *box* medicali, microscopio;
- interventi di umanizzazione: nuovi arredi, tv, pitturazioni e decori, attività ludiche e musicali, iniziative sociali e sportive, gruppi di lettura, pianoforti, *cyclette*, *tapis roulant*, tavoli *ping pong*, biliardini, cuscini, radio portatile con *usb*, diffusori profumati per ambienti, piantumazione del verde, borse studio e sostegno economico, uova pasquali e dolci/giocattoli, concerti, dermopigmentazione areola mammaria post intervento;
- promozione prevenzione: incontri educativo-divulgativi, corsi, convegni, *screening* (diabete, ipertensione, sclerodermia, ecc.), ricerca, iniziative di solidarietà.

L'attività di formazione inserita nel PAF 2023-2025 a responsabilità scientifica della U.O.S.V.D. Comunicazione Informazione Istituzionale nel 2024 è consistita in quattro edizioni del corso ECM R8346 dal titolo “*Ospedali all’insegna della Umanizzazione, Diritti, Dignità e Sicurezza – Percorsi di accesso e assistenza nei luoghi di cura ASL Lecce*”, dedicato al personale dipendente e alle associazioni e cittadini del Progetto Agenas.

#### Performance organizzativa e promozione del benessere dei lavoratori

Le indagini sul benessere organizzativo, ancor più alla luce dell'obbligatorietà della rilevazione dei rischi psicosociali prevista con il D. Lgs. n. 81/2008, sono gli strumenti più adatti per accrescere la *performance* di un'organizzazione in quanto consentono una conoscenza approfondita delle criticità esistenti nelle varie realtà operative e delle possibili azioni di miglioramento da mettere in atto.

Nella ASL di Lecce, l'U.O. di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione, che si occupa del benessere dei dipendenti e della gestione dei rischi psicosociali, ha realizzato, attraverso la partecipazione attiva dei dipendenti, la valutazione del rischio *stress* lavoro-correlato in tutte le strutture dell'Azienda, così che oggi si dispone di un quadro approfondito dei vari contesti organizzativi (D.D.G. n. 700 del 30.09.2019).

In vista dell'Aggiornamento della Valutazione RSLC in tutta la Asl, nel 2023 è stato redatto il “*Nuovo Regolamento di Gestione Fenomeno Stress Lavoro-correlato*”, adottato con D.D.G. n. 357 del 29.06.2023, che adegua il percorso di Valutazione alla recente normativa in materia di prevenzione e gestione dei rischi psicosociali in ambito lavorativo.

Tra le novità del Nuovo Regolamento, vi è l'impiego della metodologia operativa proposta dall'INAIL, nel rispetto delle indicazioni previste dalla Commissione Consultiva Permanente per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro del 18 novembre 2010, con l'utilizzo del modulo che nel 2022 è stato contestualizzato al settore sanitario e la possibilità di rilevare anche gli episodi di violenza a danno degli operatori sanitari. I dati del Questionario Strumento Indicatore, ossia la versione italiana del *Management Standard Indicator Tool* sviluppato dall'*Health and Safety Executive* (HSE), elaborati tramite la piattaforma *online* messa a disposizione dall'INAIL, sono rappresentati in forma anonima e aggregata e possono essere ulteriormente approfonditi tramite l'impiego di ulteriori strumenti, come i *focus group* e le interviste semi-strutturate.

Sulla base del Piano di Valutazione e Gestione del RSLC e del relativo Cronoprogramma previsti nel “*Nuovo Regolamento di Gestione Fenomeno Stress Lavoro-correlato*”, nell'ottobre 2023, è stato realizzato il percorso di Aggiornamento della Valutazione del RSLC presso il Presidio

Ospedaliero “V. Fazzi”, il DEA, il Polo Oncologico e il Polo Riabilitativo di San Cesario, i cui esiti sono stati pubblicati con D.D.G. n.1415 del 5.12.2024.

Nel maggio 2024 l’Aggiornamento della Valutazione ha interessato i Presidi Ospedalieri di Casarano, Copertino, Galatina, Gallipoli e Scorrano, i cui risultati sono stati pubblicati con D.D.G. n. 1514 del 23.12.2024.

L’aggiornamento ha poi riguardato, nel gennaio e febbraio 2025, i Distretti Socio Sanitari di Campi Salentina, Casarano, Gagliano del Capo, Galatina, Gallipoli, Martano, Maglie, Nardò e Poggiardo e i risultati pubblicati con D.D.G. n. 518 del 16.04.2025. Nel maggio 2025 si è proceduto con i Dipartimenti, le Aree, la Direzione Aziendale e gli Uffici di Staff.

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

Nel corso del 2024 è continuata l’attività dello “*Sportello Ascolto*”, uno spazio di *counseling* e di sostegno psicologico riservato ai dipendenti che vivono una condizione di disagio in ambito lavorativo e che vi accedono direttamente o tramite l’invio da parte del medico competente.

In tale spazio, nel pieno rispetto della *privacy*, i dipendenti sono supportati nella risoluzione delle problematiche vissute sul luogo di lavoro e, grazie al potenziamento, nel dicembre 2022, dell’organico dell’U.O. di Psicologia del Lavoro, è stato possibile ampliare gli spazi di intervento dello Sportello, offrendo ai lavoratori anche la possibilità di intraprendere un percorso psicoterapeutico. Oltre a ciò, nel 2024 sono state realizzate diverse analisi del clima interno in varie UU.OO., su richiesta della Direzione Strategica e/o dei Responsabili di struttura, offrendo un supporto al management nella gestione delle criticità organizzative e relazionali.

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

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

Il tema delle pari opportunità è volto a promuovere e valorizzare le differenze individuali, tenendo conto che la “persona” nel contesto lavorativo è portatore oltre che della professionalità, anche di proprie peculiarità che non possono essere modificate e, da come tale differenze vengono gestite, possono generare difficoltà o maggiore benessere per i lavoratori e per l’Azienda.

Il CUG opera in gruppi di lavoro, temporanei o permanenti, istituiti tenendo conto delle specifiche competenze e interessi dei vari componenti (nota Direzione Aziendale n. 95504 del 24/04/2024). Ogni gruppo elabora progetti e azioni da sottoporre al Comitato.

Le Aree tematiche individuate sono:

- Contrasto alla violenza di genere, diffusione della cultura del rispetto, contrasto ad ogni forma di discriminazione morale e psicologica;
- Conciliazione vita-lavoro, forme di flessibilità oraria, benessere organizzativo;
- Medicina di genere;

- Bilancio aziendale / Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi Decisionali/Integrazione della dimensione di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
- *Diversity management, Disability management, Age management.*

I gruppi di lavoro hanno presentato azioni progettuali, nelle aree tematiche di competenza, inserite nel Piano di Azioni Positive 2024-26 e inviato con nota prot. n. 110200 alla Consigliera di Parità Provincia di Lecce. Le azioni programmate sono in fase di realizzazione.

Il CUG fa parte del Tavolo Interistituzionale Antiviolenza ASL Lecce (Delibera n 55 del 21.05.2024) ed è inoltre inserito nella Rete Nazionale e Regionale dei CUG.

La Direzione Strategica, in coerenza con la normativa nazionale ed europea vigente e la *mission* aziendale, ha ritenuto, accogliendo la proposta del CUG, avanzata con nota prot. n. 55814 del 22.02.2024, di promuovere un percorso per l'ottenimento della Certificazione della parità di genere, con l'obiettivo di ridurre il "gender gap" e sviluppare un ambiente lavorativo improntato allo sviluppo delle pari opportunità in senso lato.

Il percorso per l'ottenimento della Certificazione della parità di genere, ai sensi della UNI/PdR 125:2022, si è espletato nelle seguenti fasi:

- con D.D.G. n. 475 del 07.05.2024 viene incaricata la Società *Bureau Veritas* per gli adempimenti per la Certificazione della parità di genere, ai sensi della UNI/PdR 125:2022;
- in data 22.07.2024 si è tenuto l'incontro *pre-audit* con l'Ente Certificatore per avviare l'*iter* per l'ottenimento per la Certificazione della parità di genere;
- con D.D.G. n. 1126 del 14.10.2024 è stato costituito il Comitato Guida, composto anche da componenti del CUG, che dovrà predisporre il Piano Strategico, ossia un documento formale nel quale sono definiti gli obiettivi da seguire, le azioni, le risorse, le responsabilità, i metodi e la frequenza del monitoraggio e il *Team Audit*, con il coordinamento della Presidente del CUG, che provvederà, attraverso gli indicatori chiave di prestazione, di natura qualitativa e quantitativa individuati, al monitoraggio dello stato di avanzamento del piano strategico stesso.

Infine, si riportano di seguito gli eventi realizzati da Comitato:

- Evento co-organizzato dai Comitati Unici di Garanzia della Rete dei Cug pugliesi (Asl Lecce, Asl Bari, Asl Bt, Università del Salento, Università degli Studi di Bari "Aldo Moro", Politecnico di Bari, Città Metropolitana di Bari e Regione Puglia), dal titolo "*Benessere in Rete: una prospettiva regionale per un differente genere di punto di vista*", il 19.11.2024 a Bari;
- Partecipazione alla Giornata di formazione dal titolo "*Le azioni positive per promuovere comportamenti corretti, valorizzare la diversità e garantire l'inclusione. Le tutele di lavoratrici e lavoratori*", presso la Sala consiliare di Palazzo dei Celestini, il 26.11.2024 a Lecce;
- Evento organizzato dalla ASL Lecce "*Le Azioni della Regione Puglia e della ASL Lecce per la prevenzione e il contrasto alla Violenza "in genere"*" presso Aula Conferenze Dea Vito Fazzi il 22.11.2024 a Lecce;
- Convegno "*Comunicazione inclusiva, valorizzazione delle differenze, autodeterminazione delle persone con disabilità*", organizzato dalla ASL Lecce con il supporto di OVD Piacere per

tutti, Costruiamo Inclusione, Aism Lecce, APMARR e con il patrocinio di Provincia di Lecce, Comune di Lecce, Università del Salento e CPO Ordine degli Avvocati di Lecce, il 20.06.2024 presso il Convitto Palmieri di Lecce.

### 9) Valutazione della performance individuale

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

In attuazione del Regolamento Aziendale, "Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale", giusta D.D.G. n. 2183 del 09.12.2014, con nota prot. 68626 del 18.04.2025, è stato comunicato a tutto il personale dipendente dell'ASL Lecce l'avvio del processo di valutazione individuale e l'attivazione della procedura *on-line* sulla piattaforma dedicata, con le medesime modalità utilizzate per le valutazioni degli anni 2022 – 2023.

Tale percorso si inserisce nell'ambito dei processi di digitalizzazione e di dematerializzazione attivati dall'ASL di Lecce che ha portato, a partire dal 2022, di tutte le fasi della valutazione individuale, dalla valutazione da parte del valutatore, all'accettazione e/o contestazione da parte del valutato, all'elaborazione degli esiti della valutazione.

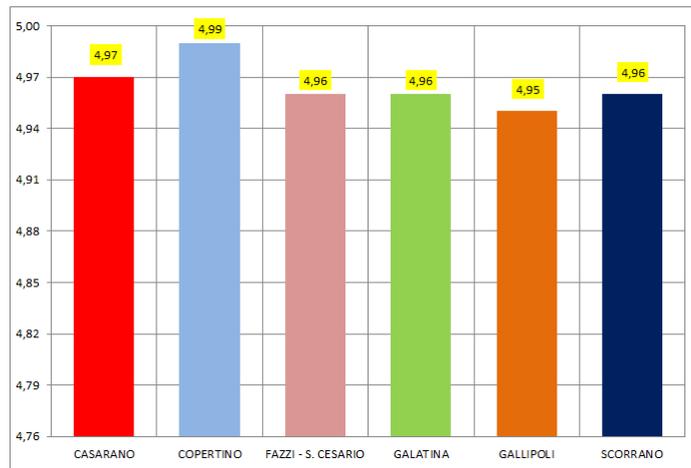
Nel corso dell'anno 2024, inoltre, l'Azienda ha avviato un processo di adeguamento del ciclo della performance alla normativa in vigore, mediante l'aggiornamento del S.M.V.P., che è stato adottato con deliberazione D.G. n. 741 del 06.06.2025 e sarà applicato a partire dall'annualità 2025.

Di seguito si riportano i dati relativi alle medie delle valutazioni individuali, distinte per Struttura e area contrattuale Comparto e Dirigenza.

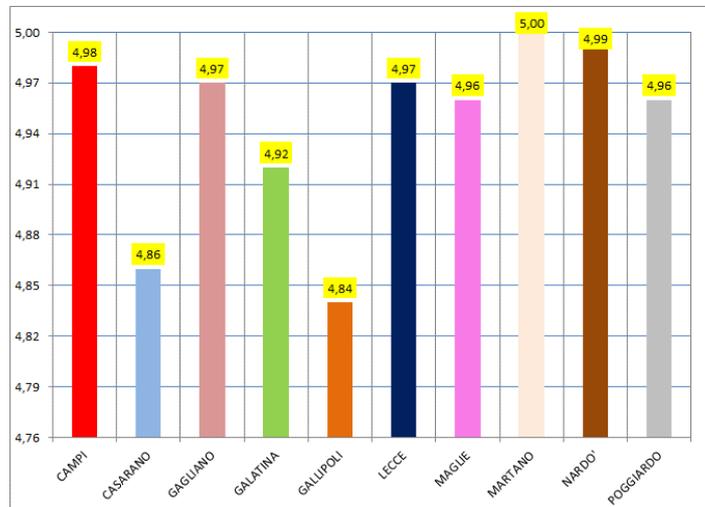
#### AREA COMPARTO

PERFORMANCE ANNO 2024			
AREA	MACROSTRUTTURA	STRUTTURA	Valutazione media (da 1 a 5)
CMP	D.S.S.	CAMPI	4,98
CMP	D.S.S.	CASARANO	4,86
CMP	D.S.S.	GAGLIANO	4,97
CMP	D.S.S.	GALATINA	4,92
CMP	D.S.S.	GALLIPOLI	4,84
CMP	D.S.S.	LECCE	4,97
CMP	D.S.S.	MAGLIE	4,96
CMP	D.S.S.	MARTANO	5,00
CMP	D.S.S.	NARDO'	4,99
CMP	D.S.S.	POGGIARDO	4,96
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. DI PREVENZIONE	4,92
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. DI RIABILITAZIONE	4,93
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. DI SALUTE MENTALE	4,94
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. DIPEND. PATOLOGICHE	4,89
CMP	DIPARTIMENTO	DIP. INT. EMERG. URG.	4,93
CMP	OSPEDALE	CASARANO	4,97
CMP	OSPEDALE	COPERTINO	4,99
CMP	OSPEDALE	FAZZI - S. CESARIO	4,96
CMP	OSPEDALE	GALATINA	4,96
CMP	OSPEDALE	GALLIPOLI	4,95
CMP	OSPEDALE	SCORRANO	4,96
Dati rilevati dopo aver esaminato 6982 schede dell'Area Comparto			

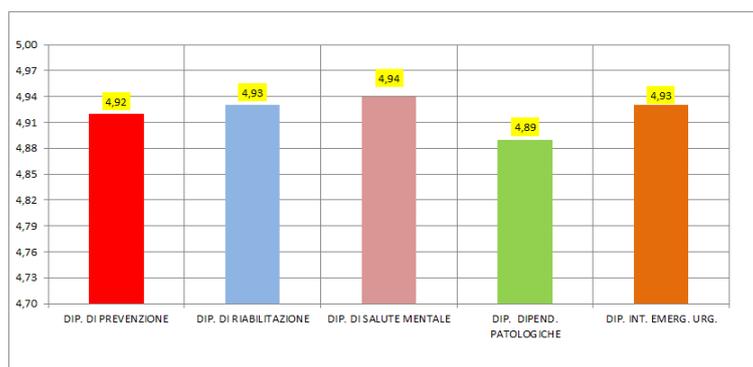
**COMPARTO - POLI OSPEDALIERI - Media Valutazioni Performance 2024**



**COMPARTO - DISTRETTI SOCIO SANITARI - Media Valutazioni Performance 2024**



**COMPARTO - DIPARTIMENTI STRUTTURALI - Media Valutazioni Performance 2024**

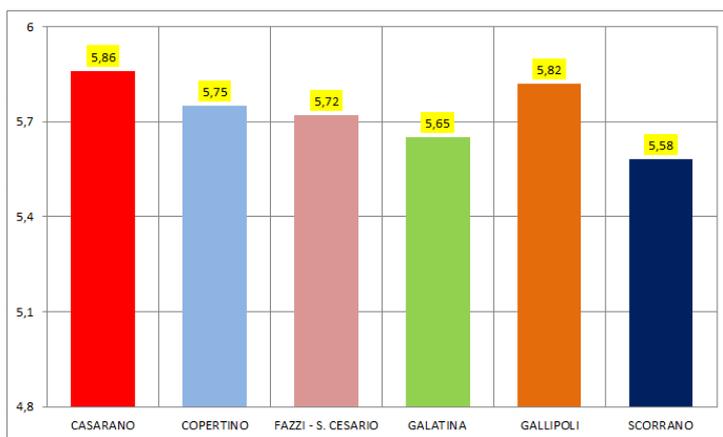


## AREA DIRIGENZA

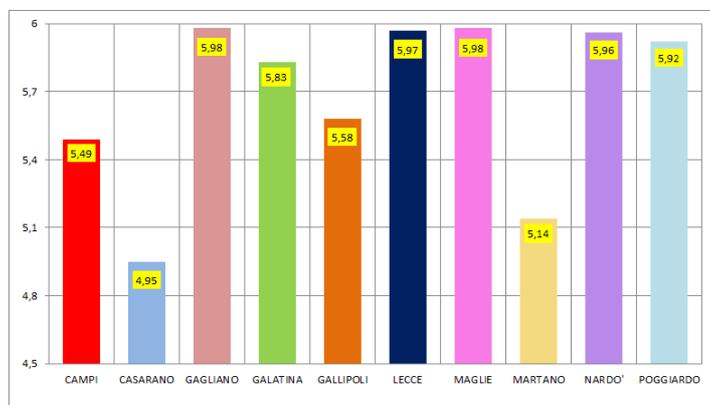
PERFORMANCE ANNO 2024			
AREA	MACROSTRUTTURA	STRUTTURA	Valutazione media (da 1 a 6)
DIRG.	D.S.S.	CAMPI	5,49
DIRG.	D.S.S.	CASARANO	4,95
DIRG.	D.S.S.	GAGLIANO	5,98
DIRG.	D.S.S.	GALATINA	5,83
DIRG.	D.S.S.	GALLIPOLI	5,58
DIRG.	D.S.S.	LECCE	5,97
DIRG.	D.S.S.	MAGLIE	5,98
DIRG.	D.S.S.	MARTANO	5,14
DIRG.	D.S.S.	NARDO'	5,96
DIRG.	D.S.S.	POGGIARDO	5,92
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. DI PREVENZIONE	5,69
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. DI RIABILITAZIONE	5,91
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. DI SALUTE MENTALE	5,93
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. DIPEND. PATOLOGICHE	5,8
DIRG.	DIPARTIMENTO	DIP. INT. EMERG. URG.	5,82
DIRG.	OSPEDALE	CASARANO	5,86
DIRG.	OSPEDALE	COPERTINO	5,75
DIRG.	OSPEDALE	FAZZI - S. CESARIO	5,72
DIRG.	OSPEDALE	GALATINA	5,65
DIRG.	OSPEDALE	GALLIPOLI	5,82
DIRG.	OSPEDALE	SCORRANO	5,58

Dati estratti dopo aver esaminato 1613 schede dell'Area della Dirigenza

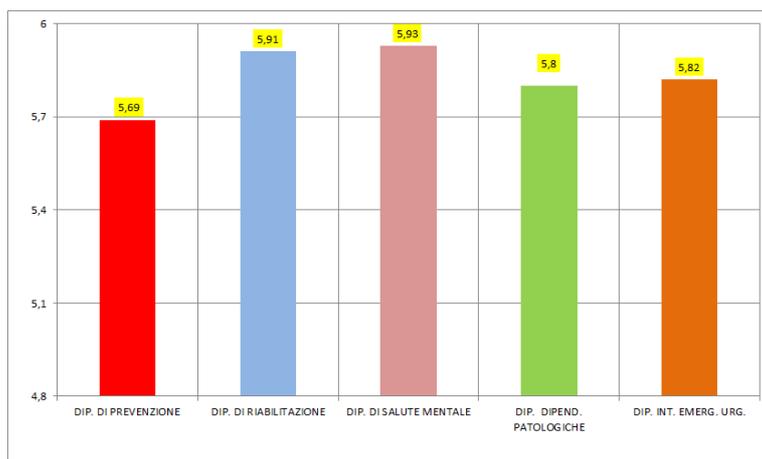
### DIRIGENZA - POLI OSPEDALIERI - Media Valutazioni Performance 2024



### DIRIGENZA - DISTRETTI SOCIO SANITARI - Media Valutazioni Performance 2024



**DIRIGENZA - DIPARTIMENTI STRUTTURALI - Media Valutazioni Performance 2024**



Di seguito si riporta un'ulteriore specificazione della media delle valutazioni riportate dal personale di comparto distinto per qualifica professionale e della dirigenza distinta per incarico e classificati secondo il precedente CCNL per un maggior dettaglio:

Qualifiche personale di comparto

A – Ausiliario specializzato, commesso;

B – Operatore tecnico, Operatore tecnico addetto all'assistenza, Coadiutore amministrativo;

BS (B livello *super*) – Puericultrice, Infermiere generico, Infermiere Psichiatrico (con 1 anno di corso), Massofisioterapista o Massaggiatore, Operatore Tecnico Specializzato, Operatore Socio Sanitario, Coadiutore Amministrativo Esperto;

C – Puericultrice esperta, Infermiere generico esperto, Infermiere Psichiatrico esperto (1 anno di corso), Massofisioterapista o Massaggiatore esperto, Assistente Tecnico, Programmatore, Operatore Tecnico Specializzato esperto, Assistente Amministrativo;

D – Collaboratore professionale sanitario, Collaboratore professionale assistente sociale, Collaboratore professionale tecnico, Collaboratore professionale amministrativo;

DS (D livello *super*) – Collaboratore professionale sanitario esperto, Collaboratore professionale assistente sociale esperto, Collaboratore professionale tecnico esperto, Collaboratore professionale amministrativo esperto.

Incarichi dirigenziali

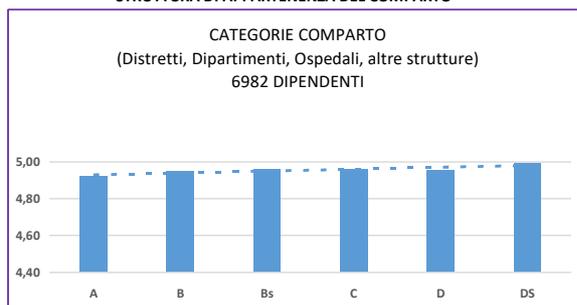
DIR A – Direttori di Unità Operativa Complessa

DIR B – Responsabili di Unità Operativa Semplice e/o a Valenza Dipartimentale

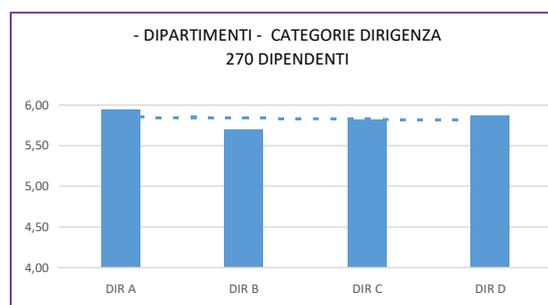
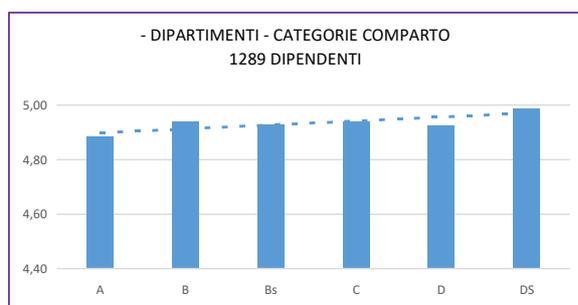
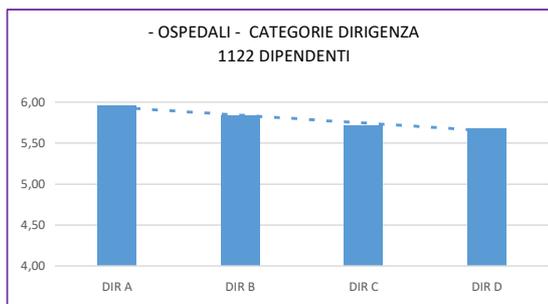
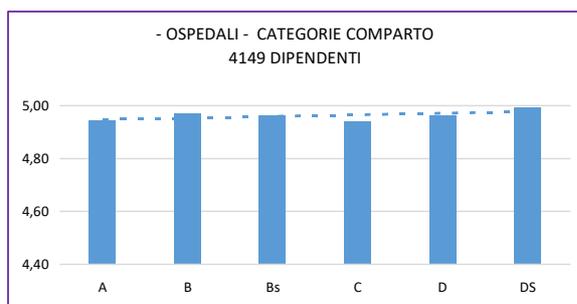
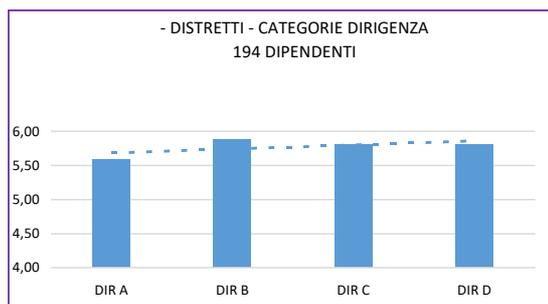
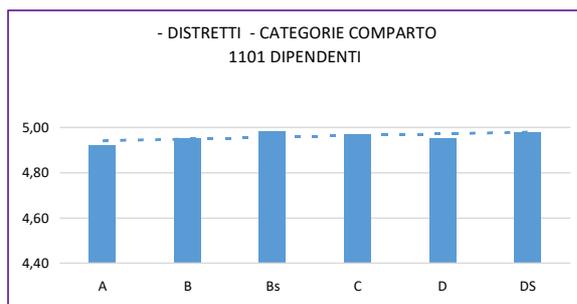
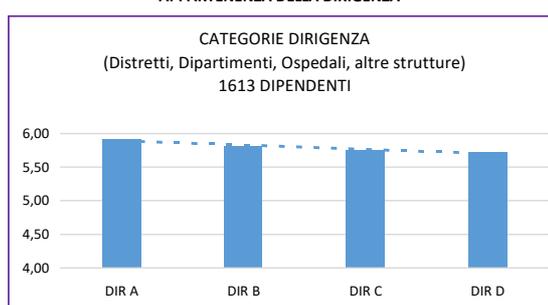
DIR C – Incarichi dirigenziali di Alta Professionalità

DIR D – Incarichi dirigenziali di base < 5 anni

ANALISI MEDIA PERFORMANCE 2024 PER CATEGORIE E STRUTTURA DI APPARTENENZA DEL COMPARTO



ANALISI MEDIA PERFORMANCE 2024 PER CATEGORIE E STRUTTURA DI APPARTENENZA DELLA DIRIGENZA



### 10) Il processo di redazione della relazione sulla performance

Con D.C.S. n. 156 del 09.02.2023 si è provveduto a ricostituire la Struttura Tecnica Permanente (S.T.P.), aggiornata nella sua composizione con D.D.G. n. 550 del 29.04.2025, composta da referenti delle seguenti Aree: Area Gestione del Personale, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento del Farmaco, Direzione Amministrativa, Direzione Sanitaria, Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, Direzioni mediche di Presidio, Assistenza Territoriale.

Contestualmente alla chiusura dell'esercizio finanziario 2024, la S.T.P., coordinata dal Direttore dell'U.O.C. Controllo di Gestione, ha definito il programma di lavoro, per la valutazione dei risultati e la redazione della Relazione sulla performance 2024.

Con note prot. n. 3038 del 09.01.2025 e n. 4022 del 10.01.2025, la Direzione Strategica ha richiesto alle Strutture operative e alle Aree aziendali di produrre una relazione con evidenza dei

risultati raggiunti e/o delle motivazioni che hanno determinato l'eventuale scostamento del valore atteso rispetto agli indicatori e valori *target* contenuti nelle schede degli obiettivi di *performance* assegnati.

Sulla base dei dati elaborati dall'Unità Controllo di Gestione, dei dati rivenienti dai sistemi informativi aziendali e delle risultanze delle relazioni prodotte dai Direttori responsabili di Unità Operativa, la S.T.P. ha provveduto, ai sensi dell'art. 14, commi 9 e 10, alla elaborazione della Relazione sulla *Performance* 2024, che è stata redatta secondo le “*Linee guida per il Sistema di Misurazione e Valutazione della performance*” n. 2/2017 e le “*Linee guida per la Relazione annuale sulla performance*” n. 3/2018, predisposte dall'Ufficio per la Valutazione della *performance* del Dipartimento della Funzione Pubblica.

Sono state altresì tenute in considerazione le osservazioni dell'O.I.V.

La presente relazione, a conclusione del Ciclo della *Performance* per l'anno 2024, ha rappresentato un importante strumento di miglioramento per l'intero Sistema di Misurazione e Valutazione della *Performance*.