



ASL Lecce

PugliaSalute

**Piano Integrato
di Attività e Organizzazione**

PIAO 2023 - 2025

Art. 6 del decreto legge
n. 80/2021 convertito in
legge 6 agosto 2021, n.
113
D.P.R. n. 81/2022



EMISSIONE DEL DOCUMENTO

REGISTRO DELLE VERSIONI

N° Ver/Rev/Bozza	Data emissione	Modifiche apportate	Osservazioni
V. 1.0	lunedì 30 gennaio 2023		



1. Sommario

1. Sommario.....	2
2. Scheda Anagrafica della Azienda Sanitaria Locale di Lecce.....	7
2.1. Premessa.....	7
2.1.1. Chi Siamo.....	7
2.1.2. Cosa Facciamo.....	7
2.1.3. Come operiamo.....	8
2.1.4. Amministrazione “in cifre”.....	10
3. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	16
3.1. Valore Pubblico.....	16
3.1.1. Mandato istituzionale e Missione.....	16
3.1.2. Accessibilità Digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare.....	17
3.2. Piano delle Performance.....	20
3.2.1. Analisi del contesto.....	20
3.2.2. Contesto geo-demografico.....	20
3.2.3. Il contesto interno - Generalità sulla struttura organizzativa.....	31
3.3. Obiettivi Strategici.....	35
3.4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	47
3.4.1. Obiettivi operativi comuni a tutte le Strutture.....	47
3.4.2. Obiettivi Operativi per la Prevenzione.....	48
3.4.3. Obiettivi per l’Assistenza Territoriale.....	49
3.4.4. Obiettivi Operativi per l’Assistenza Ospedaliera.....	55
3.4.5. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture del Dipartimento di medicina Trasfusionale.....	58
3.4.6. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture del Dipartimento del Farmaco.....	59
3.4.7. Obiettivi Operativi Assegnati alla Rete dell’Emergenza Urgenza 118.....	60
3.4.8. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture afferenti al governo clinico.....	60
3.4.9. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture tecnico – amministrative.....	62
3.4.10. Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.....	62
3.4.11. La Valutazione Partecipativa.....	63
3.5. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	69
3.5.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	69
3.5.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	70
3.5.3. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	70
4. Rischi Corruttivi e Trasparenza.....	71
4.1. Premessa.....	71
4.2. Processo di adozione del Piano.....	72
4.3. Obiettivi strategici.....	72
4.4. Coordinamento con gli Altri Strumenti di Programmazione.....	73



4.5. Soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione.....	73
4.5.1. Direttore Generale.....	73
4.5.2. Responsabile della prevenzione.....	73
4.5.3. Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza.....	74
4.5.4. Dirigenti per l'area di rispettiva competenza.....	74
4.5.5. O.I.V.....	75
4.5.6. Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.....	75
4.5.7. Dipendenti dell'amministrazione.....	75
4.5.8. Collaboratori e consulenti, a qualsiasi titolo (anche gratuito), dell'amministrazione.....	76
4.5.9. Network Regionale degli RPCT.....	76
4.5.10. Gruppo di Lavoro PIAO.....	76
4.6. Modello Organizzativo.....	76
4.7. Valutazione impatto del Contesto interno.....	76
4.7.1. Acquisizione e progressione del personale.....	77
4.7.2. Affidamento di lavori, servizi e forniture.....	77
4.7.3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.....	77
4.7.4. Provvedimenti Ampliativi della Sfera Giuridica dei Destinatari con Effetto Economico Diretto ed Immediato per il Destinatario.....	78
4.8. Valutazione impatto del Contesto esterno.....	78
4.8.1. Caratteristiche socio-demografiche.....	79
4.9. Criminalità.....	79
4.10. Analisi del Rischio.....	80
4.11. Ponderazione del Rischio.....	82
4.12. Misure di Prevenzione.....	83
4.13. Monitoraggio e Riesame.....	84
4.14. Codici di Comportamento.....	84
4.15. Rotazione del Personale.....	86
4.16. Astensione per conflitto di interessi.....	89
4.17. Dichiarazione Pubblica di Interessi.....	91
4.18. Incarichi extra-istituzionali.....	92
4.19. Pantouflage.....	94
4.20. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.....	96
4.21. Formazione di Commissioni e assegnazione agli Uffici.....	97
4.22. Commissioni per l'accertamento delle invalidità.....	99
4.23. Tutela del Whistleblower.....	100
4.24. Formazione.....	102
4.25. Patti di Integrità.....	103
4.26. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.....	104
4.27. Monitoraggio dei tempi procedurali.....	104
4.28. Monitoraggio dei rapporti con Soggetti esterni.....	105
4.29. Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del Piano.....	105



4.30. Responsabile R.A.S.A.....	106
4.31. Società partecipate.....	106
4.32. Gestore segnalazioni UIF.....	107
4.33. Referente Monitoraggio Opere Pubbliche.....	108
4.34. Sponsorizzazioni.....	108
4.35. Attività conseguenti al decesso.....	109
4.36. Donazioni e Comodati d'Uso.....	109
4.37. Gestione ALPI e Liste di attesa.....	110
4.38. Gestione attività di informazione scientifica.....	111
4.39. Accesso agli Atti.....	111
4.40. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	112
4.41. Trasparenza Amministrativa.....	113
4.42. Attuazione del Regolamento UE 2016/679.....	114
4.43. Allegati.....	114
5. Organizzazione e Capitale Umano.....	115
5.1. Struttura Organizzativa.....	115
5.1.1. DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE.....	116
5.1.2. DIPARTIMENTO MEDICO - GERIATRICO.....	116
5.1.3. DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE.....	117
5.1.4. DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE TESTA COLLO.....	117
5.1.5. DIPARTIMENTO NEFRODIALITICO.....	118
5.1.6. DIPARTIMENTO ONCOLOGICO.....	118
5.1.7. DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA.....	119
5.1.8. DIPARTIMENTO ORTOPEDICO E TRAUMATOLOGICO.....	119
5.1.9. DIPARTIMENTO OSTETRICO GINECOLOGICO.....	120
5.1.10. DIPARTIMENTO PEDIATRICO.....	120
5.1.11. DIPARTIMENTO INTEGRATO EMERGENZA URGENZA.....	121
5.1.12. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA DI LABORATORIO.....	121
5.1.13. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI.....	122
5.1.14. DIPARTIMENTO DEL FARMACO.....	123
5.1.15. DIPARTIMENTO MEDICINA IMMUNOTRASFUSIONALE.....	123
5.1.16. DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE.....	123
5.1.17. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....	124
5.1.18. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE.....	125
5.1.19. DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE.....	126
5.1.20. DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE.....	127
5.1.21. DIPARTIMENTO GOVERNO CLINICO.....	127
5.1.22. DIPARTIMENTO INDIRIZZO GESTIONE E CONTROLLO.....	128
5.1.23. DIPARTIMENTO DIREZIONI AMMINISTRATIVE OSPEDALIERE.....	129
5.1.24. DIPARTIMENTO DIREZIONI MEDICHE OSPEDALIERE.....	129
6. Organizzazione del Lavoro Agile.....	130
6.1. Premessa interpretativa.....	130



6.2. Premessa Organizzativa ed Operativa.....	130
6.3. Normativa e Regolamentazione di riferimento.....	130
6.4. Ambito Soggettivo di Applicazione.....	132
6.5. Ambito Oggettivo di Applicazione.....	132
6.6. Obiettivi del Lavoro Agile.....	133
6.7. Definizioni.....	134
6.8. Oggetto e Durata.....	134
6.9. Destinatari e Requisiti di Accesso.....	135
6.10. Attività Effettuabili in Modalità Lavoro Agile.....	136
6.11. Attori Coinvolti nella Conduzione dell’Organizzazione del Lavoro Agile.....	137
6.11.1. Area Gestione del Personale.....	137
6.11.2. Comitato Unico di Garanzia - CUG -.....	137
6.11.3. Organizzazioni Sindacali.....	137
6.11.4. Dirigente/Responsabile di Struttura.....	137
6.11.5. Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy.....	138
6.11.6. Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (S.P.P.A.).....	138
6.11.7. Responsabile Protezione Dati (D.P.O.).....	138
6.11.8. Controllo di Gestione.....	139
6.11.9. Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).....	139
6.12. Procedura di attivazione e Modalità di Effettuazione dell’Attività in modalità “Lavoro Agile”.....	139
6.13. CCNL e Normativa Vigente.....	141
6.14. Dotazione Tecnologica del Dipendente.....	141
6.15. Indicatori di Performance Individuale.....	142
6.16. Indicatori Generali.....	142
6.17. Sospensione/Termine.....	144
6.18. Comunicazione delle Giornate di Attività in Lavoro Agile.....	144
6.19. Trattamento Giuridico ed Economico.....	144
6.20. Condotte Sanzionabili.....	145
6.21. Vincoli e Prescrizioni.....	145
6.22. Privacy.....	145
6.23. Sicurezza sul Lavoro.....	146
6.24. Documentazione.....	146
6.25. Decorrenza.....	146
7. Piano delle Azioni Positive.....	147
7.1. Premessa.....	147
7.2. Obiettivi Generali.....	147
7.3. Piano Operativo.....	147
7.3.1. Leggere L’Organizzazione.....	147
7.3.2. Formazione/Cultura.....	148
7.3.3. Sportello Ascolto CUG.....	148



7.3.4. Comunicare e Promuovere la cultura di genere.....	149
7.3.5. Favorire il reinserimento lavorativo del personale che rientra dal congedo per maternità/ paternità o da assenza prolungata.....	150
7.3.6. Integrazione del dipendente con disabilità.....	150
7.3.7. Misure di flessibilità e work life balance.....	151
7.3.8. Attività consultiva del CUG.....	152
7.3.9. Age Management.....	152
7.3.10. Performance e Pari Opportunità.....	153
8. Efficiamento.....	154
8.1. Premessa.....	154
8.2. Efficiamento Energetico.....	154
8.3. Piano della Mobilità.....	154
9. Piano dei Fabbisogni del Personale.....	155
9.1. Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2023-2025.....	155
9.1.1. Premessa.....	155
9.1.2. Fabbisogni.....	156
9.2. Formazione del Personale.....	156
10. Monitoraggio.....	159
11. Allegati.....	160



2. Scheda Anagrafica della Azienda Sanitaria Locale di Lecce

2.1. Premessa

2.1.1. CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale di Lecce (di seguito ASL LE) è un'azienda dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

La ASL LE è stata istituita con L.R. 39 del 28 dicembre 2006 quale Azienda Sanitaria Locale della provincia di Lecce in cui sono confluite per fusione, in attuazione del Regolamento Regionale n. 9 del 30 marzo 2007, le pre-esistenti Aziende USL LE/1 con sede a Lecce e LE/2 con sede a Maglie. La ASL LE ha competenza territoriale sull'intera provincia di Lecce con un territorio di circa 2.800 Km² su cui insiste una popolazione di 772.276 ab. (fonte ISTAT al 01.01.2022) cui vanno aggiunte le migliaia di presenze esterne determinate dai flussi turistici nei periodi estivi.

La sede legale è in Via Antonio Miglietta 5 - Lecce.

L'indirizzo del sito web istituzionale è <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>.

2.1.2. COSA FACCIAMO

La ASL LE persegue la finalità di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini attraverso l'erogazione di servizi ed attività, gratuitamente o mediante compartecipazione (ticket), compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*.

I LEA sono ricompresi in tre grandi categorie:

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 antiveneni (CAV).

2.1.3. COME OPERIAMO

L'erogazione dei servizi e delle prestazioni agli utenti viene assicurata nel rispetto dei fondamentali principi e valori, di seguito riportati, stabiliti dalla Legge 833 del 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421", dalle Leggi Regionali n. 36 del 28 dicembre 1994, "Norme e principi per il riordino del Servizio sanitario regionale" e n. 25 del 3 agosto 2006 "Principi e organizzazione del Servizio sanitario regionale":



- **EGUAGLIANZA:** ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- **PARTECIPAZIONE:** l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- **RISPETTO** della dignità umana e della privacy;
- **EQUITA'** e **IMPARZIALITÀ** vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- **CENTRALITA' DELLA PERSONA:** il cittadino è una persona con una sua specificità biologica, psicologica e sociale alla quale occorre garantire risposte basate su una valutazione multidimensionale e personalizzata delle condizioni di salute intesa come benessere psico-fisico-sociale;
- **UMANIZZAZIONE:** le prestazioni vengono erogate nel rispetto della dignità della persona, soprattutto in particolari circostanze di deficit fisico e psicologico;
- **DIRITTO DI SCELTA:** il cittadino ha il diritto, nei limiti e nelle forme previste dalla normativa, a scegliere la struttura sanitaria dove farsi curare;
- **EFFICIENZA ED EFFICACIA SANITARIA:** i servizi sanitari devono essere erogati in modo da garantire un risultato qualitativamente valido e l'economicità nell'impiego delle risorse;
- **CONTINUITA':** Il cittadino ha diritto all'erogazione dei servizi sanitari in modo continuativo;
- **TRASPARENZA:** i cittadini e le loro associazioni hanno diritto di conoscere in maniera trasparente i processi decisionali, le modalità di erogazione e accesso ai servizi come garanzia di uguaglianza e imparzialità, le modalità di gestione delle risorse finanziarie e umane in maniera ottimale nel rispetto del bene pubblico;
- **APPROPRIATEZZA:** intesa come insieme di strumenti, tempi, azioni poste in essere da professionisti competenti, supportate da evidenze scientifiche in termini di efficacia delle cure e delle procedure organizzative adottate;
- **SICUREZZA DEI PRODOTTI, PROCESSI E AMBIENTI DI LAVORO,** intesa come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti finalizzati a garantire la massima tutela per i pazienti e gli operatori che usufruiscono o lavorano nei servizi.

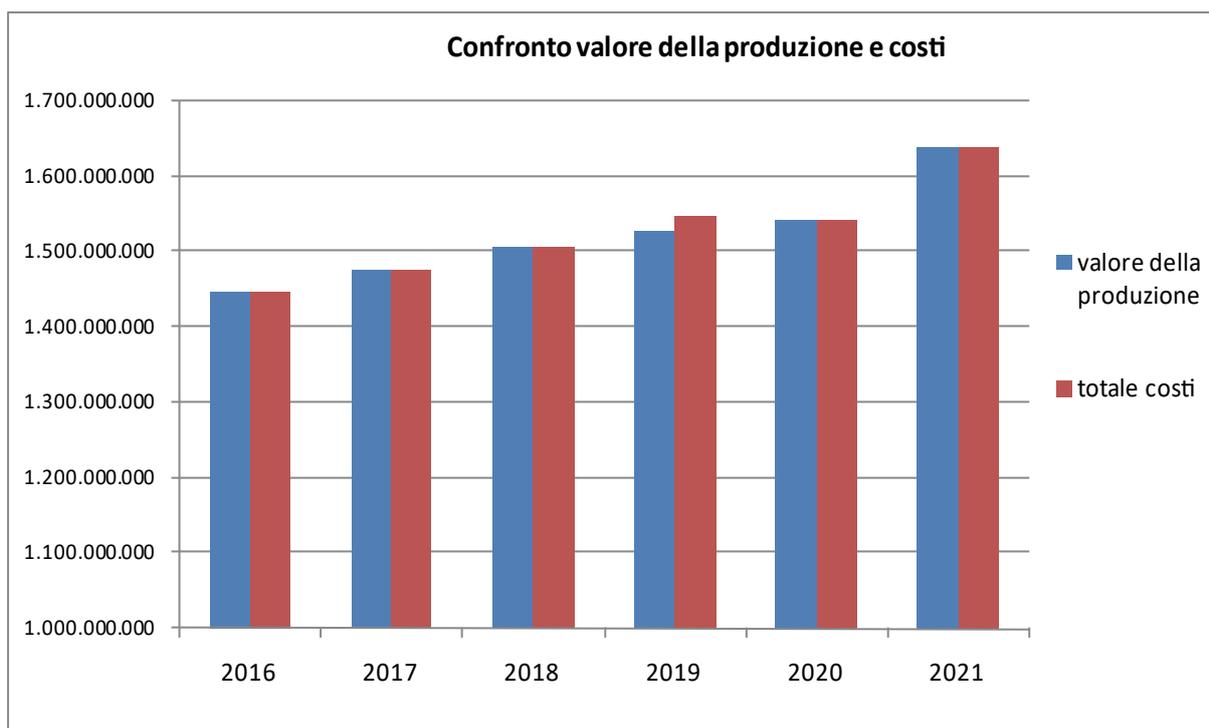


2.1.4. AMMINISTRAZIONE "IN CIFRE"

Quadro economico-finanziario

Comparazione macro-aggregati Bilancio Consuntivo (2016 - 2021) ASL LE

voci di riferimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021
valore della produzione	1.447.677.402	1.476.015.821	1.507.692.758	1.529.556.466	1.541.082.873	1.639.376.203
costi della produzione	1.427.911.582	1.449.824.932	1.493.776.588	1.515.675.606	1.521.528.362	1.616.184.691
altre voci di bilancio	19.706.907	26.143.034	13.913.885	33.059.957	19.554.411	23.191.512
totale costi	1.447.618.488	1.475.967.965	1.507.690.473	1.548.735.563	1.541.082.773	1.639.376.203
risultato d'esercizio	58.914	47.855	2.284	- 19.179.097	100	-

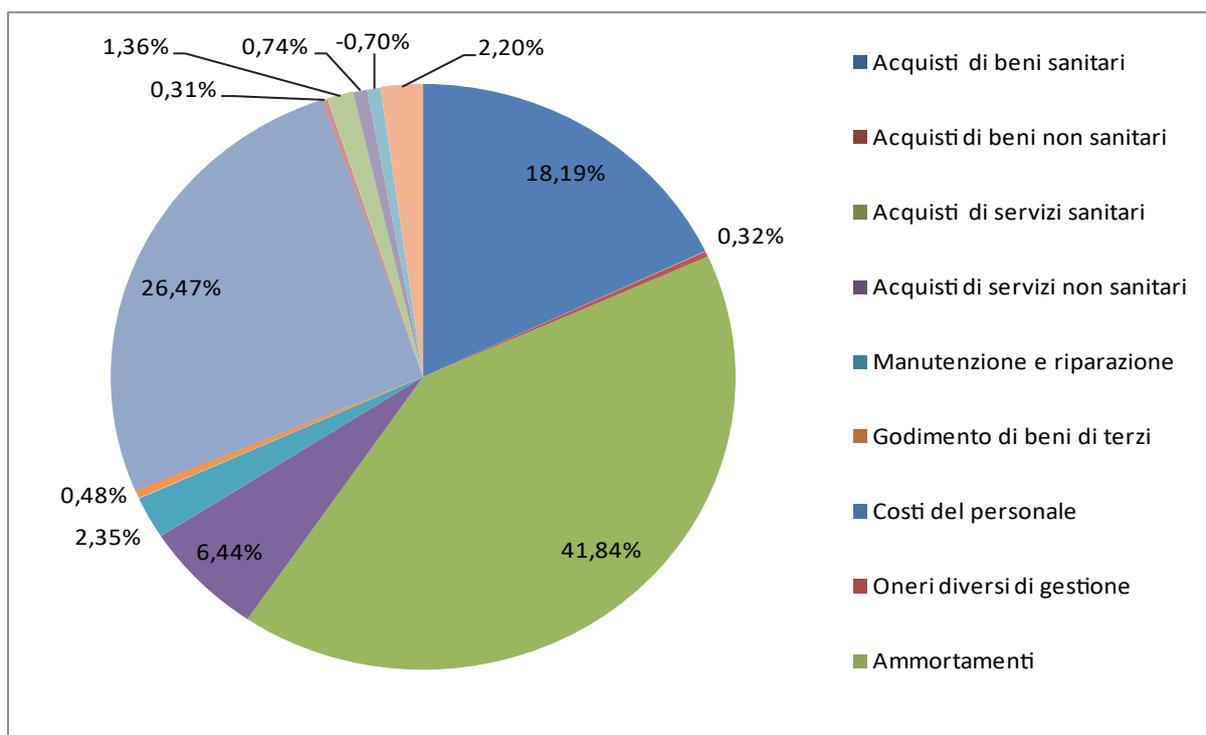




Composizione per macro-aggregati dei costi di produzione - anni 2018 - 2019 - 2020 - 2021

macro aggregati costi bilancio	valore_2018	inc.% su tot.costi	valore_2019	inc.% su tot.costi	valore_2020	inc.% su tot.costi	valore_2021	inc.% su tot.costi
Acquisti di beni sanitari	260.393.580,80	17,43%	272.721.612,24	17,99%	270.267.204,72	17,76%	293.913.216,71	18,19%
Acquisti di beni non sanitari	4.619.368,27	0,31%	4.878.154,91	0,32%	4.560.939,43	0,30%	5.173.681,07	0,32%
Acquisti di servizi sanitari	657.922.076,45	44,04%	655.977.668,51	43,28%	653.404.884,36	42,94%	676.141.502,97	41,84%
Acquisti di servizi non sanitari	86.977.694,92	5,82%	93.727.820,22	6,18%	94.681.868,07	6,22%	104.106.937,21	6,44%
Manutenzione e riparazione	35.216.408,73	2,36%	36.050.596,63	2,38%	33.712.602,84	2,22%	38.045.187,05	2,35%
Godimento di beni di terzi	4.527.930,12	0,30%	5.759.468,87	0,38%	7.406.420,96	0,49%	7.834.367,45	0,48%
Costi del personale	402.910.736,41	26,97%	406.561.920,46	26,82%	419.275.331,47	27,56%	427.805.796,02	26,47%
Oneri diversi di gestione	6.655.647,26	0,45%	5.516.940,48	0,36%	6.856.157,50	0,45%	4.935.563,49	0,31%
Ammortamenti	18.294.860,64	1,22%	18.409.718,34	1,21%	18.613.621,50	1,22%	22.030.165,15	1,36%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.356.082,48	0,09%	-	0,00%	-	0,00%	11.956.904,00	0,74%
Variazione delle rimanenze	- 3.635.561,88	-0,24%	381.275,76	0,03%	- 7.589.514,55	-0,50%	- 11.393.137,99	-0,70%
Accantonamenti	18.537.763,99	1,24%	15.690.429,98	1,04%	20.338.845,52	1,34%	35.634.508,19	2,20%
Totale costi della produzione	1.493.776.588,19	100,00%	1.515.675.606,40	100,00%	1.521.528.361,82	100,00%	1.616.184.691,32	100,00%

Composizione % macro-aggregati dei costi di bilancio esercizio 2021





ANDAMENTO DEL COSTO DEL PERSONALE NEGLI ULTIMI DIECI ANNI

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
424.089.946	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	427.805.796

PERSONALE DIPENDENTE AL 31.12.16 E AL 31.12.2021 DISTINTO PER RUOLO												
RUOLO CONTRATTUALE	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n.unità	% su tot.										
SANITARIO												
DIRIGENZA MEDICI	1.468	18,62%	1.466	18,55%	1.483	18,66%	1.427	17,85%	1.408	16,62%	1.421	16,85%
DIRIGENZA NON MEDICI	187	2,37%	192	2,43%	199	2,50%	196	2,45%	196	2,31%	208	2,47%
COMPARTO	4.053	51,42%	4.096	51,82%	4.124	51,90%	4.200	52,54%	4.489	52,97%	4.577	54,27%
TOTALE RUOLO SANITARIO	5.708	72,42%	5.754	72,79%	5.806	73,45%	5.823	72,84%	6.093	71,90%	6.206	73,58%
PROFESSIONALE												
DIRIGENZA	6	0,08%	8	0,10%	5	0,06%	6	0,08%	5	0,06%	7	0,08%
COMPARTO	5	0,06%	5	0,06%	5	0,06%	5	0,06%	6	0,07%	6	0,07%
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	11	0,14%	13	0,16%	10	0,13%	11	0,14%	11	0,13%	13	0,15%
TECNICO												
DIRIGENZA	10	0,13%	10	0,13%	9	0,11%	9	0,11%	9	0,11%	7	0,08%
COMPARTO	1.484	18,83%	1.490	18,85%	1.502	18,90%	1.582	19,79%	1.819	21,47%	1.674	19,85%
TOTALE RUOLO TECNICO	1.494	18,95%	1.500	18,98%	1.511	19,11%	1.591	19,90%	1.828	21,57%	1.681	19,93%
AMMINISTRATIVO												
DIRIGENZA	16	0,20%	15	0,19%	18	0,23%	17	0,21%	18	0,21%	17	0,20%
COMPARTO	653	8,28%	623	7,88%	601	7,56%	552	6,91%	524	6,18%	517	6,13%
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	669	8,49%	638	8,07%	619	7,83%	569	7,12%	542	6,40%	534	6,33%
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE	7.882	100,00%	7.905	100,00%	7.946	100,00%	7.994	100,00%	8.474	100,00%	8.434	100,00%

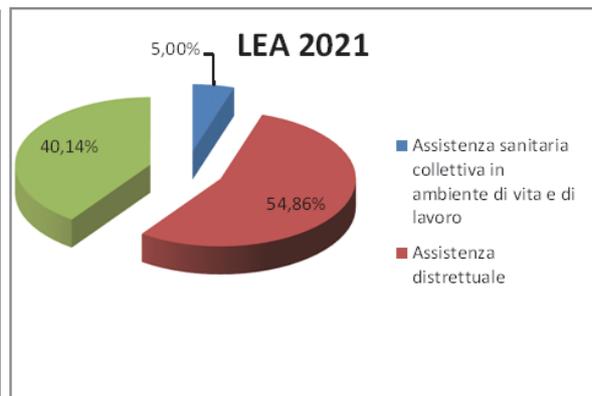
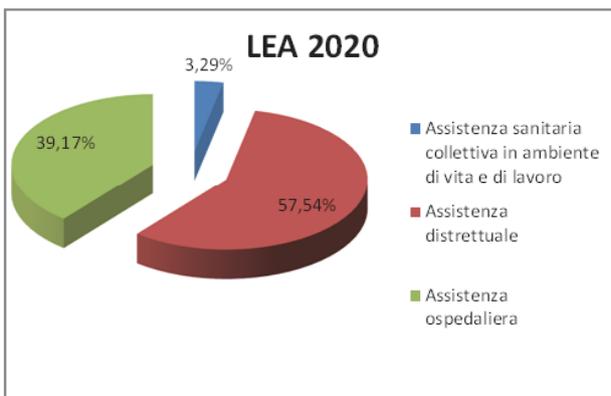
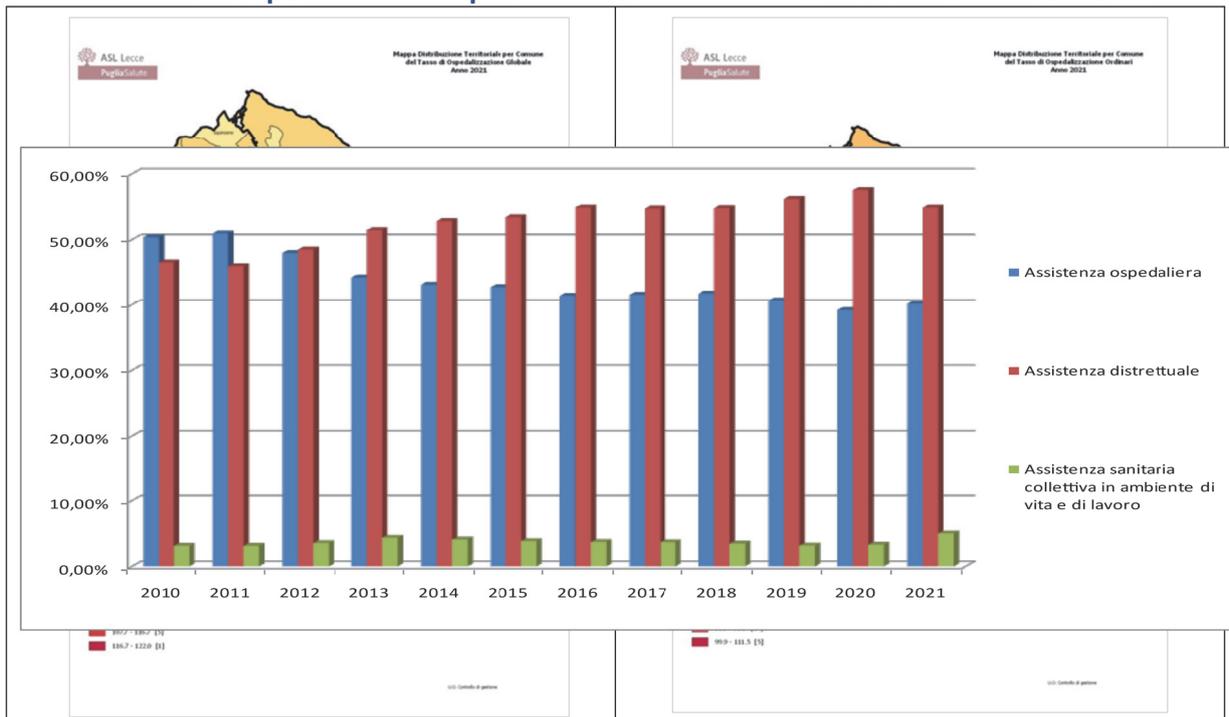
Livelli di Assistenza- impiego delle risorse per tipo di assistenza (% su totale costi)

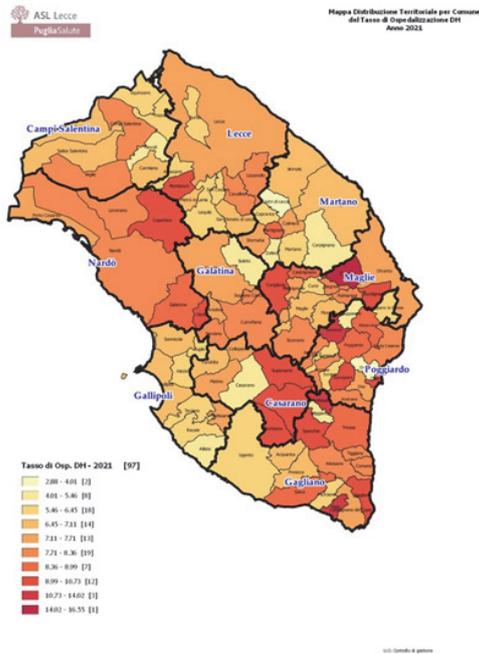
Distribuzione costi per Livelli Essenziali di Assistenza

	2020	2021
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,29%	5,00%
Assistenza distrettuale	57,54%	54,86%
Assistenza ospedaliera	39,17%	40,14%
	100,00%	100,00%



Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza * 1000 ab. - Anno 2021





Riquadro 1) Tasso ospedalizzazione globale

- Valore Medio 97,49
- Valore Min 71,97
- Valore Max 120,58

Riquadro 2) Tasso ospedalizzazione ordinari

- Valore Medio 89,16
- Valore Min 67,65
- Valore Max 113,24

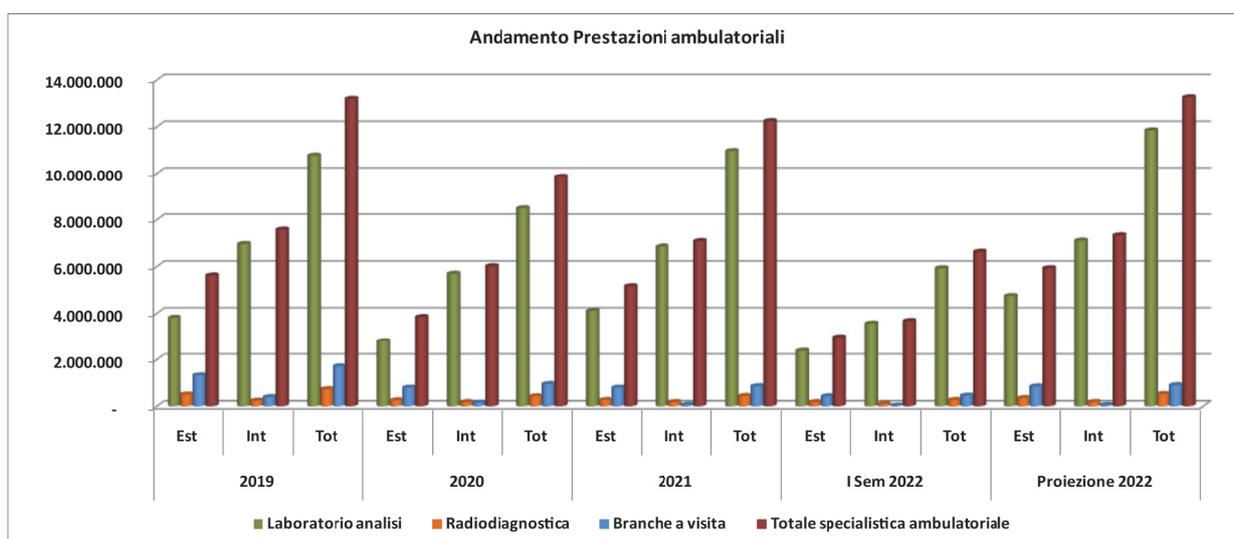
Riquadro 3) Tasso ospedalizzazione DH

- Valore Medio 8,36
- Valore Min 2,61
- Valore Max 14,71

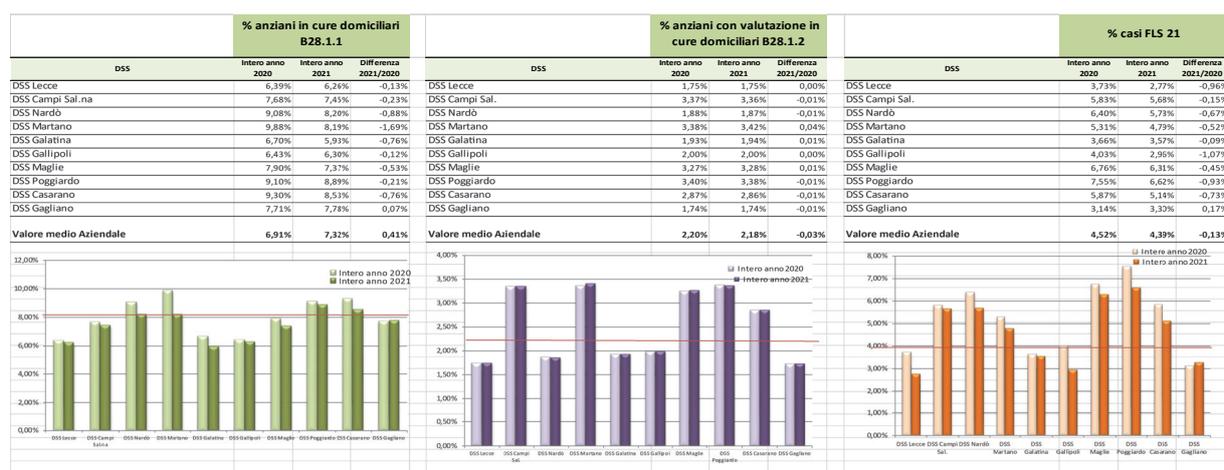


**Andamento delle prestazioni ambulatoriali erogate dai servizi a gestione diretta
2019 - 2022**

	2019			2020			2021			Proiezione 2022		
	Est	Int	Tot	Est	Int	Tot	Est	Int	Tot	Est	Int	Tot
Laboratorio analisi	3.806.021	6.958.066	10.764.087	2.795.842	5.689.845	8.485.687	4.105.303	6.851.820	10.957.123	4.736.078	7.105.722	11.841.800
Radiodiagnostica	495.562	229.690	725.252	247.826	171.943	419.769	260.964	172.899	433.863	344.912	174.722	519.634
Branche a visita	1.315.161	386.650	1.701.811	792.952	152.521	945.473	791.364	60.808	852.172	844.678	53.466	898.144
Totale specialistica ambulatoriale	5.616.744	7.574.406	13.191.150	3.836.620	6.014.309	9.850.929	5.157.631	7.085.527	12.243.158	5.925.668	7.333.910	13.259.578



Popolazione anziana in assistenza domiciliare Indici % per Distretto





3. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

3.1. Valore Pubblico

3.1.1. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

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

- agisce, in collaborazione con gli altri soggetti, per la promozione e per il mantenimento dello stato di salute dei cittadini;
- gestisce le risorse che le sono affidate adottando i criteri di efficacia, efficienza ed equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e alla produzione di servizi sanitari e socio-sanitari.

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

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

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



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

Fondamentale è la relazione con i vari stakeholder che entrano nel sistema di produzione dei servizi: privato accreditato, organismi e istituzioni del Terzo Settore, forme di associazionismo strutturato e gruppi di auto – mutuo aiuto. Un ruolo di rilievo viene riconosciuto alle Autonomie Locali cui spetta una funzione di garanzia dei bisogni delle comunità.

La visione strategica dell'azienda è sviluppare integrazioni, alleanze e strategie sia all'interno dell'organizzazione con lo sviluppo dei processi di aziendalizzazione e responsabilizzazione della dirigenza su obiettivi e risultati, sia all'esterno per arricchire il capitale sociale esistente e migliorare l'offerta dei servizi.

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

3.1.2. ACCESSIBILITÀ DIGITALE/PROCEDURE DA SEMPLIFICARE E RE-INGEGNERIZZARE

La Programmazione Aziendale nel campo dell'accessibilità digitale e della re-ingegnerizzazione dei processi, avendo a riferimento gli interventi Regionali ricadenti nel medesimo ambito, ha lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione dal PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

In particolare, è previsto, l'irrobustimento delle infrastrutture di comunicazione sia locali (LAN) che geografiche (WAN) per innalzare affidabilità e performance nel comunicare dati, immagini e voce sia internamente che verso il mondo esterno perseguendo contestualmente la diffusione capillare del Wi-Fi e del VoIP per la fruizione in mobilità delle funzionalità disponibili. Tale intervento è strumentale alla attivazione delle COT – Centrali Operative Territoriali – così come previste nel sub investimento M6C1 1.2 del PNRR.

Ancora a livello infrastrutturale è previsto il consolidamento ed il potenziamento dei sistemi di sicurezza informatica in grado di proteggere e garantire i dati e le comunicazioni.

Per quanto riguarda le dotazioni strumentali è prevista la fornitura, in numero adeguato alle dimensioni ed alle peculiarità di ciascuna struttura aziendale di dispositivi informatici quali: desktop, laptop, tablet, carrelli informatizzati, stampanti, etichettatrici, totem multifunzione, monitor informativi, ecc. al fine di consentire la fruizione, sia da postazioni fisse sia in mobilità, delle funzionalità previste dai sistemi informativi, disponibili per gli operatori e/o per gli assistiti. Tale intervento è previsto nell'investimento M6C2 1.1 e M6C2 1.1.2 del PNRR.



Gli interventi in ambito applicativo riguardano il completamento dell'introduzione dei sistemi di Cartella Clinica Elettronica (CCE), Repository ed Order Entry. Saranno effettuate quindi le necessarie verticalizzazioni e specializzazioni della CCE orizzontale (Ambulatoriale e di Degenza), saranno introdotti sistemi a supporto dei reparti e degli ambulatori per la prescrizione, erogazione e somministrazione di farmaci e prestazioni.

Saranno introdotti dei Middleware per le integrazioni fra i vari sottosistemi clinici, diagnostici ed amministrativi.

Sarà perseguita inoltre l'implementazione di sistemi di supporto agli assistiti e visitatori come sportelli automatici, totem multifunzione, sistemi di accoglienza e tagliacode, geolocalizzazione assistiti e navigazione indoor assistita.

Pertanto sono individuati come prioritari gli interventi mirati:

- ◆ all'evoluzione del **Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0** ed ai conseguenti aspetti di integrazione
- ◆ alla più ampia diffusione di applicativi software di cartella clinica informatizzata in tutti i setting assistenziali, alla informatizzazione dei **PDTA** (percorsi diagnostica terapeutici assistenziali), delle **reti delle patologie** e della presa in carico dei **cronici**;
- ◆ alla capillare **dematerializzazione** della documentazione sanitaria ed amministrativa;
- ◆ alla realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di **prevenzione**;
- ◆ alla diffusione sistemica dei sistemi di **telemedicina** in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
- ◆ **all'empowerment del paziente**, mediante sia l'evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) e l'utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;
- ◆ alla diffusione di **strumenti di governance** per finalità di ricerca, programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di data warehouse (viste di sintesi per area/ambito, viste di dettaglio, indicatori di appropriatezza e performance generali e specifici);
- ◆ ad un maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema regionale di **monitoraggio contabile** delle Aziende sanitarie;
- ◆ a favorire l'interoperabilità tra i sistemi informativi.

La programmazione inoltre prevede un sempre più esteso utilizzo delle Piattaforme abilitanti condivise a livello nazionale dalle PA così come raccomandato da AgID.



Tra le Piattaforme abilitanti interessate si evidenziano:

- **CIE:** carta d'identità elettronica, rilasciata dalle amministrazioni comunali su supporto informatico
- **SPID Professionale:** sistema pubblico di identità digitale, che abilita l'accesso ai servizi, fornendo a questi ultimi dati identificativi certificati, attraverso credenziali classificate su due/tre livelli di sicurezza
- **PagoPa:** sistema di gestione elettronica dei pagamenti verso la PA, che, interconnettendo tutti i prestatori di servizi di pagamento alle Pubbliche amministrazioni, consente al cittadino di effettuare il pagamento scegliendo lo strumento preferito e fornisce alle PA i flussi per la rendicontazione e la riconciliazione automatica
- **APP IO:** applicazione in grado di fornire un potenziale unico punto di accesso per tutti i servizi pubblici. L'integrazione prevede l'accesso alle prenotazioni CUP, alle campagne vaccinali, alla pletera dei servizi a pagamento della ASL, ecc.
- **FatturaPA:** sistema che gestisce la fatturazione elettronica passiva della PA, integrando la stessa elettronica nei processi contabili e consentendo l'automazione del ciclo dell'ordine
- **NSO:** sistema di smistamento automatico degli ordini
- **ANPR (Anagrafe nazionale della popolazione residente):** anagrafe centrale di tutta la popolazione residente in Italia, realizzata in conformità di quanto stabilito dall'art. 62-ter del CAD. Questa rappresenta l'archivio di riferimento delle persone fisiche per tutti gli altri sistemi nazionali (migrazione da anagrafi locali ad anagrafe centrale in corso)
- **SIOPE+:** evoluzione del sistema SIOPE (utile alla gestione dei flussi di cassa) finalizzato a garantire l'analisi e la valutazione della spesa, il monitoraggio e il controllo dei conti pubblici, attraverso attività di armonizzazione e standardizzazione di schemi e flussi dati
- **Poli di conservazione:** sistema per l'erogazione di servizi di conservazione documentale, realizzato dalle PA con il coinvolgimento dell'Archivio centrale dello Stato
- **ANA (Anagrafe Nazionale degli Assistiti):** anagrafe centrale di tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale da realizzarsi in conformità di quanto stabilito dall'art. 62-ter del CAD. A seguito della disponibilità di ANA tutti i sistemi informativi che utilizzano l'anagrafe degli assistiti, regionale e nazionale, dovranno realizzare le opportune integrazioni con tale sistema



3.2. Piano delle Performance

La presente sottosezione sulla Performance viene sviluppata in coerenza ai principi fissati dal D.Lgs. n.150/2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”, come modificato dal D. Lgs n. 74/2017, che prevede l’adozione di un documento programmatico triennale denominato "Piano della Performance" che individua gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, definendo gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell’Amministrazione, dei dirigenti e dei dipendenti non dirigenti, secondo criteri strettamente connessi al soddisfacimento dell’interesse del destinatario dei servizi e degli interventi.

Il Piano della performance ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l’Azienda Sanitaria Locale di Lecce si è prefissata per il triennio 2023-2025 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

3.2.1. ANALISI DEL CONTESTO

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

3.2.2. CONTESTO GEO-DEMOGRAFICO

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

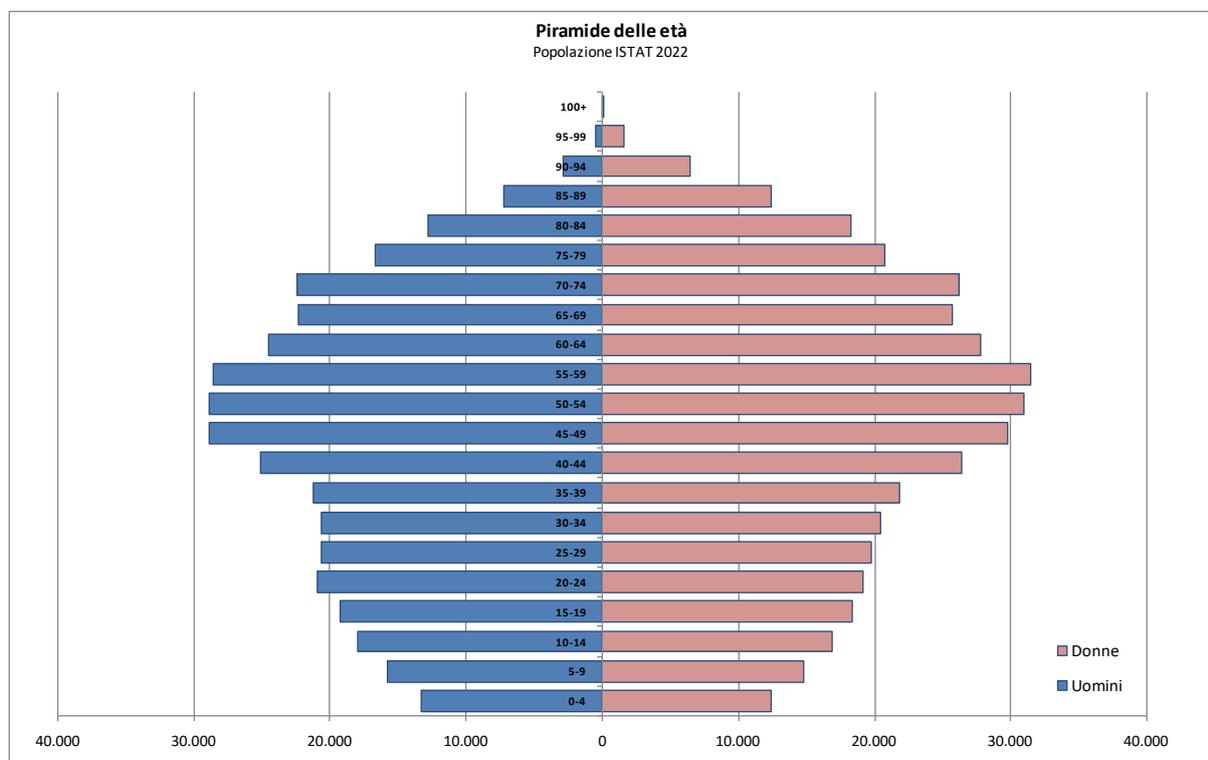
La distribuzione della popolazione per distretto e fasce di età è riportata nella tabella seguente:



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

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente al 01.01.2022 ha registrato un decremento di n. 4.954 unità, l'indice di vecchiaia (incidenza % della popolazione anziana sui giovani) continua a crescere, confermando per Lecce il maggior valore dell'intera regione, con un + 6.1% con un incremento della popolazione anziana (> 64 anni) di n. 1.309 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (<15 anni) di n. – 2.015 unità. L'incidenza della popolazione anziana (> 64 anni) sulla popolazione giovane (< 15 anni) è più del doppio, raggiungendo il valore di circa 215,66%.

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



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

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

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



Il 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, stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

Dall'analisi socio-sanitaria e sullo stato di salute della popolazione, contenuta nel "Documento Programmatico Missione 6 PNRR "Salute" della citata DGR n. 688/2022, si evince che in Puglia la percentuale di soggetti con almeno una cronicità si attesta al 14,5% nella fascia 18-64 anni, mentre raggiunge il 66,3% nella fascia degli ultra64enni, tra questi ultimi, le patologie croniche più frequenti riferite sono le cardiopatie (34%), il diabete (25%), le patologie respiratorie croniche (21%), l'insufficienza renale (10%), i tumori (10%), l'ictus o ischemia cerebrale (7%) e le malattie croniche del fegato e/o cirrosi (4%).

Con riferimento all'andamento della pandemia da SARS-CoV-2 nel territorio di competenza della ASL di Lecce, i dati elaborati dall'U.O.C. Epidemiologia e Statistica (Fonte "COVID-19 IN PROVINCIA DI LECCE" Report 16 dicembre 2022) evidenziano che al 16 dicembre 2022 sono stati eseguiti n. 2.794.288 tamponi (comprensivo dei ripetuti). Complessivamente, dall'origine della pandemia (29 febbraio 2020) si sono registrati n. 318.501 casi di infezione da COVID-19. In data 16/12/2022 risultavano positivi n. 4.171 casi pari a 5.3 per mille abitanti sull'intera provincia di Lecce.

La Tabella seguente (Fonte: Epidemiologia e Statistica - Report 16 dicembre 2022) riporta la distribuzione dei casi di infezione da Covid 19 in provincia di Lecce dall'inizio della pandemia al 16/12/2022 per fasce di età.

Fasce Età	Maschi	Femmine	Totale	%
0-35	59.413	62.611	122.024	38
36-49	29.229	37.731	66.960	21
50-69	37.929	47.170	85.099	27
70-79	12.614	14.170	26.784	8
80-89	6.222	7.894	14.116	4
>=90	1.064	2.454	3.518	1
Totali	146.471	172.030	318.501	100



L'andamento dei contagi ha evidenziato che nella prima ondata (29 febbraio - 31 luglio 2020) sono state interessate principalmente le persone adulte e/o anziane registrando una età mediana di 54 anni per i maschi e di 58 anni per le femmine; successivamente la pandemia ha interessato maggiormente le persone giovani e adulte, abbassando notevolmente l'età mediana dei casi di oltre 12 anni.

Complessivamente sono stati registrati 1.366 deceduti prevalentemente anziani, solo il 3% aveva un'età inferiore a 50 anni.

Con riferimento alla gravità dei sintomi rilevati nello stato iniziale, la successiva Tabella 11. (Fonte: Epidemiologia e Statistica - Report 16 dicembre 2022) evidenzia che il 99,63% dei casi ha registrato uno stato clinico iniziale Asintomatico, Pauci-sintomatico e/o Lieve, mentre lo 0,37% uno stato clinico iniziale Severo e/o Critico.

Tabella 11. Distribuzione dei casi diagnosticati per stato clinico iniziale dal 29/02/2020 (dato disponibile per 318.192 casi su 318.501).

Stato clinico	N. Casi	%
Asintomatico	256.415	80,6
Pauci-sintomatico	48.439	15,2
Lieve	12.165	3,8
Severo	736	0,2
Critico	437	0,1
Totale	318.192	100

Dalle ultime rilevazioni si evidenzia che l'incidenza dei casi con uno stato clinico iniziale Severo e/o Critico si è progressivamente ridotta, passando dal 2,5% del dicembre 2020, al 1,9% del dicembre 2021, all'attuale 0,37 del dicembre 2022, tale andamento è direttamente correlato alla copertura vaccinale delle persone anziane.

Alla data del 16 dicembre 2022 la copertura vaccinale con Monodose ovvero 1^a e 2^a Dose è superiore al 88% della popolazione di riferimento, le somministrazioni complessive ammontano a 1.845.289 come riportato nella tabella seguente.

(Fonte: Epidemiologia e Statistica - Report 16 dicembre 2022)



Fasce Età	1^ dose	Mono e 2^ dose	3^ Dose	4^ Dose	Totale
5-11	22.316	19.191	24	0	41.531
12-19	55.403	52.492	31.925	103	139.923
20-29	68.931	62.648	44.250	438	176.267
30-39	72.353	67.548	49.361	759	190.021
40-49	97.442	95.320	74.787	1.372	268.921
50-59	102.146	117.039	83.839	3.182	306.206
60-69	90.827	99.049	79.366	11.331	280.573
70-79	79.554	85.187	71.075	16.207	252.023
80-89	50.008	49.474	42.848	12.996	155.326
>= 90	11.748	11.393	8.749	2.608	34.498
Totale	650.728	659.341	486.224	48.996	1.845.289

Le misure di contrasto alla pandemia da Covid-19 hanno influito notevolmente sull'utilizzo delle strutture sanitarie. Le tabelle seguenti riportano la domanda di assistenza sanitaria in regime di ricovero espressa dalla popolazione residente nella provincia di Lecce nell'ultimo triennio 2019 – 2021, raggruppata per MDC e distinta per tipologia di struttura erogante ovvero in mobilità passiva.

L'andamento dei ricoveri evidenzia un notevole calo – 23,4% nell'anno 2020 rispetto al 2019 e una lieve ripresa nel 2021 + 5,6% rispetto al 2020. Tale riduzione è correlata principalmente ai vincoli imposti dalla pandemia da Covid-19, le misure di prevenzione, infatti, hanno imposto rigide misure di distanziamento con la riduzione dei posti letto disponibili e la conseguente contrazione dei ricoveri programmati in elezione. Inoltre, i vincoli imposti agli spostamenti tra regioni hanno fatto registrare, negli anni in esame, un notevole contenimento della mobilità passiva extraregionale con una riduzione superiore al 40% nel 2020 e un decremento del 19,2% nel 2021 rispetto all'anno 2019.

Negli ospedali a gestione diretta la riduzione dei ricoveri nel 2020 è stata del 25,4% rispetto al 2019, mentre nel 2021 si è registrata una lieve ripresa con un + 1,3% sul 2020. Tale ripresa è proseguita nel 2022 con il recupero delle attività sospese nel periodo pandemico.



		2019					
MDC		Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico-Tricase	Mobilità infraregionale	Mobilità extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	3.475	669	1.600	502	1.074	7.320
02	Malattie e disturbi dell'occhio	590	2	767	214	295	1.868
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.318	133	649	190	499	2.789
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	6.384	358	1.594	308	414	9.058
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	6.982	2.052	2.474	383	952	12.843
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	6.716	430	1.359	283	576	9.364
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.488	386	666	136	294	3.970
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	6.161	1.473	997	548	2.888	12.067
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.705	528	273	295	481	3.282
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.092	247	259	182	622	2.402
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.900	357	2.178	312	471	6.218
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	622	233	307	136	231	1.529
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2.080	459	798	274	625	4.236
14	Gravidanza. Parto e puerperio	4.984	1	1.304	254	132	6.675
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.666	-	1.182	192	5	5.045
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	952	22	137	66	96	1.273
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	752	74	221	199	473	1.719
18	Malattie infettive e parassitarie	1.419	17	382	45	77	1.940
19	Malattie e disturbi mentali	1.363	339	50	150	262	2.164
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	65	60	2	-	35	162
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	426	12	82	46	66	632
22	Ustioni	8	-	-	33	-	41
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	820	165	330	134	356	1.805
24	Traumatismi multipli rilevanti	65	1	9	4	3	82
25	DRG non classificabile	32	-	1	1	-	34
NA	Altri DRG	313	7	60	11	17	408
e	Altri DRG	254	2	72	13	68	409
TOTALE		57.632	8.027	17.753	4.911	11.012	99.335

		2020					
MDC		Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico-Tricase	Mobilità infraregionale	Mobilità extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.650	580	1.211	321	696	5.458
02	Malattie e disturbi dell'occhio	398	13	555	138	185	1.289
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	728	141	435	162	262	1.728
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4.286	309	1.110	243	294	6.242
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.140	1.891	2.113	281	526	9.951
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.378	507	1.324	228	391	6.828
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.794	311	745	106	198	3.154
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	4.670	1.426	862	457	1.587	9.002
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.359	571	270	219	250	2.669
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	528	186	217	134	335	1.400
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.326	314	1.988	203	281	5.112
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	467	135	346	139	126	1.213
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.608	358	806	170	316	3.258
14	Gravidanza. Parto e puerperio	4.555	2	1.210	174	134	6.075
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.553	-	1.118	123	3	4.797
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	682	11	120	40	76	929
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	615	49	213	230	336	1.443
18	Malattie infettive e parassitarie	916	15	248	38	58	1.275
19	Malattie e disturbi mentali	909	282	42	104	166	1.503
20	Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	39	55	1	1	20	116
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	306	14	68	27	34	449
22	Ustioni	8	-	1	20	2	31
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	596	210	301	91	222	1.420
24	Traumatismi multipli rilevanti	50	-	2	2	1	55
25	DRG non classificabile	10	-	-	1	-	11
NA	Altri DRG	295	5	56	6	8	370
Pre	Altri DRG	114	3	64	30	63	274
TOTALE		42.980	7.388	15.426	3.688	6.570	76.052



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

Il tasso di ospedalizzazione registrato nel 2021 è pari a n. 94,92 ricoveri per 1.000 ab., rispetto al 2019 (n. 119,94 ricoveri per 1.000 ab.) si è registrato un calo del 20,86%.

Particolarmente rilevante ai fini della valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri è il tasso di ospedalizzazione per le patologie croniche. Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alla ospedalizzazione per le tre patologie a maggiore impatto sociale: diabete, BPCO, scompenso cardiaco. Come si può rilevare dai dati il tasso di ospedalizzazione registra una riduzione nel corso dell'ultimo triennio in linea con il decremento complessivo del tasso di ospedalizzazione e nell'ottica della presa in carico dei pazienti con patologie croniche da parte dei servizi territoriali.



Tasso ospedalizzazione (Ricoveri ordinari per diabete) * 100.000 ab. (35-74 anni)

Distretto di residenza		Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
A210	D.S.S. LECCE	18,01	3,00	12,17
A211	D.S.S. CAMPI S.NA	8,90	10,71	17,43
A212	D.S.S. NARDO'	27,59	10,09	6,15
A213	D.S.S. MARTANO	7,84	7,53	7,63
A214	D.S.S. GALATINA	29,21	6,23	9,50
A215	D.S.S. MAGLIE	17,17	3,30	13,41
A216	D.S.S. POGGIARDO	17,23	-	8,43
A217	D.S.S. GALLIPOLI	13,12	12,62	10,34
A218	D.S.S. CASARANO	19,13	7,83	-
A219	D.S.S. GAGLIANO	4,61	6,61	6,74
		16,46	6,70	9,64

Valore di riferimento Mes Sant'Anna Network Regioni- Performance Ottima < 20

Tasso ospedalizzazione (Ricoveri ordinari per BPCO) * 100.000 ab. (50-74 anni)

Distretto di residenza		Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
A210	D.S.S. LECCE	32,56	18,38	11,67
A211	D.S.S. CAMPI S.NA	31,04	3,43	6,89
A212	D.S.S. NARDO'	67,35	16,57	23,24
A213	D.S.S. MARTANO	18,03	-	11,88
A214	D.S.S. GALATINA	24,94	29,61	19,85
A215	D.S.S. MAGLIE	5,22	25,70	15,45
A216	D.S.S. POGGIARDO	19,14	6,31	6,31
A217	D.S.S. GALLIPOLI	32,86	12,18	16,39
A218	D.S.S. CASARANO	8,62	16,92	8,50
A219	D.S.S. GAGLIANO	3,49	3,42	27,55
		26,81	13,75	14,90

Valore di riferimento Mes Sant'Anna Network Regioni - Performance Ottima < 38



Tasso ospedalizzazione (Ricoveri ordinari per scopenso) * 100.000 ab. (50-74 anni)

Distretto di residenza		Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021
A210	D.S.S. LECCE	222,78	145,34	163,38
A211	D.S.S. CAMPI S.NA	158,64	154,20	144,61
A212	D.S.S. NARDO'	242,47	245,30	275,53
A213	D.S.S. MARTANO	270,51	160,44	118,78
A214	D.S.S. GALATINA	219,43	256,64	173,72
A215	D.S.S. MAGLIE	370,64	277,56	200,79
A216	D.S.S. POGGIARDO	242,47	315,26	214,48
A217	D.S.S. GALLIPOLI	250,56	215,16	204,82
A218	D.S.S. CASARANO	314,47	186,15	178,41
A219	D.S.S. GAGLIANO	198,74	157,45	161,83
		240,56	197,70	182,56

Valore di riferimento Mes Sant'Anna Network Regioni - Performance Buona nel range 205 – 155.

Sul tasso di ospedalizzazione influisce anche il potenziamento dei servizi nell'area sociosanitaria.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, come evidenziato in precedenza, comporta una costante crescita della domanda di prestazioni sanitarie e sociosanitarie legate alla cronicità e alla non-autosufficienza.

Pertanto, la programmazione regionale delinea una profonda trasformazione del sistema dell'offerta sanitaria e sociosanitaria prevedendo setting assistenziali più appropriati e a minore consumo di risorse, tra cui l'assistenza residenziale in strutture sociosanitarie con l'obiettivo di una riduzione dei ricoveri ospedalieri. Il potenziamento delle strutture territoriali, pertanto, riveste un ruolo fondamentale per regolamentare i flussi sia in entrata che in uscita dall'ospedale.

Ciò evidenzia la necessità di procedere ad una progressiva implementazione dell'assistenza in strutture sociosanitarie (residenziali e semiresidenziali) per pazienti disabili adulti e in età evolutiva, non autosufficienti e psichiatrici anche al fine di recuperare maggiori livelli di appropriatezza nell'erogazione e prescrizione di prestazioni sanitarie.

Gli indirizzi regionali e gli obiettivi di servizio già fissati negli atti di programmazione regionale per l'integrazione sociosanitaria individuano tra le azioni strategiche prioritarie lo sviluppo dell'assistenza territoriale sanitaria e sociosanitaria anche mediante l'incremento dell'offerta di posti/utente per le strutture ed i servizi connessi ai LEA sociosanitari e dell'assistenza domiciliare integrata.



Relativamente all'assistenza domiciliare, come si evince dalla tabella seguente, risulta un notevole impegno dei servizi distrettuali nelle cure domiciliari delle persone anziane, con un trend in costante crescita.

% anziani in cure domiciliari B28.1.1

DSS	Intero anno 2020	Intero anno 2021	Differenza
DSS Lecce	6,39%	6,26%	-0,13%
DSS Campi Sal.na	7,68%	7,45%	-0,23%
DSS Nardò	9,08%	8,20%	-0,88%
DSS Martano	9,88%	8,19%	-1,69%
DSS Galatina	6,70%	5,93%	-0,76%
DSS Gallipoli	6,43%	6,30%	-0,12%
DSS Maglie	7,90%	7,37%	-0,53%
DSS Poggiardo	9,10%	8,89%	-0,21%
DSS Casarano	9,30%	8,53%	-0,76%
DSS Gagliano	7,71%	7,78%	0,07%
Valore medio Aziendale	6,91%	7,32%	0,41%

Con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale le tabelle seguenti evidenziano una costante ripresa dell'attività che, a seguito della pandemia, aveva registrato nel 2020 una notevole riduzione (- 25%) sul 2019.

	2019			2020			2021		
	Est	Int	Tot	Est	Int	Tot	Est	Int	Tot
Laboratorio analisi	3.806.021	6.958.066	10.764.087	2.795.842	5.689.845	8.485.687	4.105.303	6.851.820	10.957.123
Radiodiagnostica	495.562	229.690	725.252	247.826	171.943	419.769	260.964	172.899	433.863
Branche a visita	1.315.161	386.650	1.701.811	792.952	152.521	945.473	791.364	60.808	852.172
Totale specialistica ambulatoriale	5.616.744	7.574.406	13.191.150	3.836.620	6.014.309	9.850.929	5.157.631	7.085.527	12.243.158

	I Sem 2022			Proiezione 2022		
	Est	Int	Tot	Est	Int	Tot
Laboratorio analisi	2.368.039	3.552.861	5.920.900	4.736.078	7.105.722	11.841.800
Radiodiagnostica	172.456	87.361	259.817	344.912	174.722	519.634
Branche a visita	422.339	26.733	449.072	844.678	53.466	898.144
Totale specialistica ambulatoriale	2.962.834	3.666.955	6.629.789	5.925.668	7.333.910	13.259.578



Nel corso del 2021 l'attività specialistica ambulatoriale ha registrato un incremento sul 2020 pari al 24%, mantenendo ancora un gap sul 2019 del 7%.

Nel 2022, invece, si registra una ripresa dell'attività ai livelli ante-pandemia, con un incremento tendenziale sul 2021 pari al 8,3%. Tale risultato è stato raggiunto anche mediante l'attuazione del piano aziendale per il recupero e governo delle liste di attesa. Permangono, ancora, alcune criticità sulle prestazioni di RMN con mezzi di contrasto, sulle prestazioni endoscopiche e sugli interventi sul cristallino.

3.2.3. IL CONTESTO INTERNO - GENERALITÀ SULLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

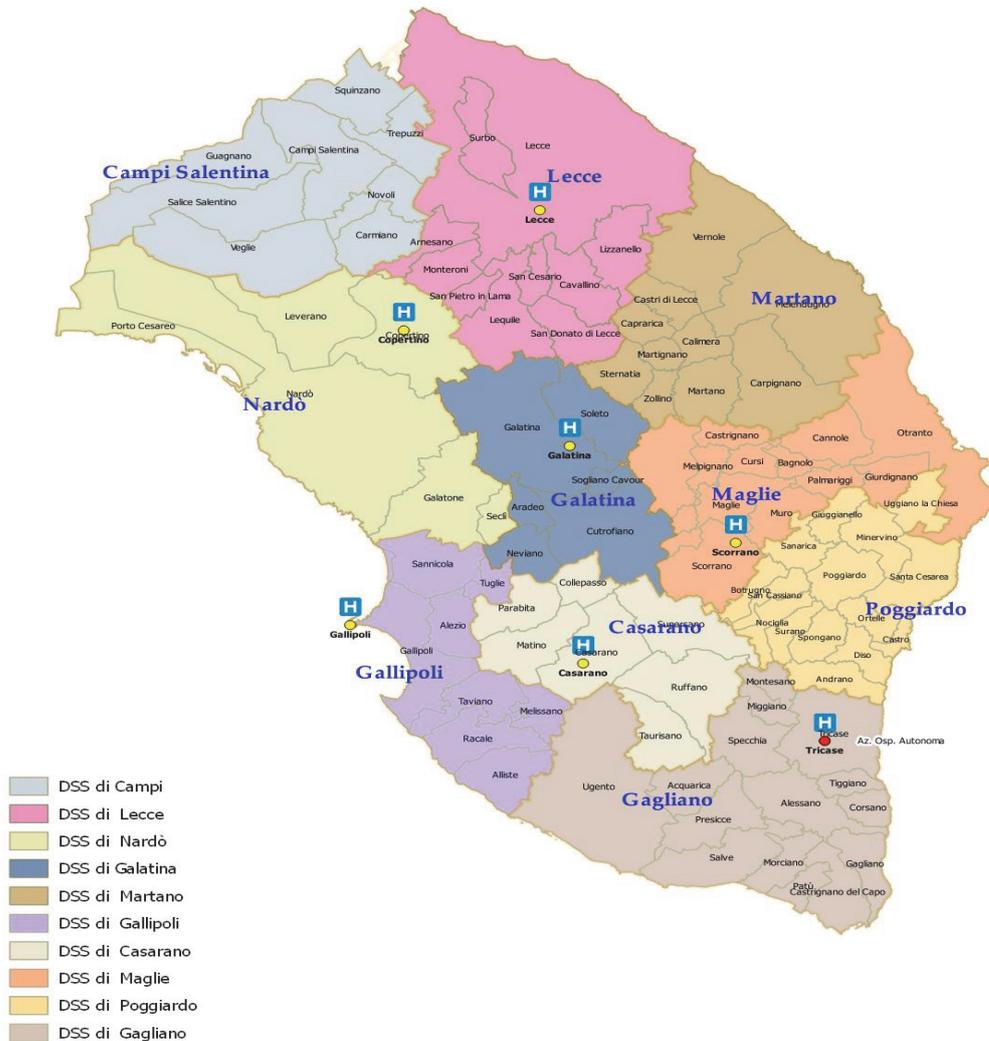
La struttura organizzativa dell'ASL di Lecce, oltre alle aree di gestione e gli uffici di staff della Direzione Generale, si articola nelle seguenti Macrostrutture raggruppate per Livelli Essenziali di Assistenza:

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

La mappa evidenzia l'articolazione del territorio in Distretti Sociosanitari e la dislocazione delle Strutture Ospedaliere a gestione diretta e dell'Ente Ecclesiastico "Cardinal Panico" di Tricase.



**Mappa Distretti Socio Sanitari e
Strutture Ospedaliere
Anno 2022**



U.O. Controllo di gestione

Nel corso dell'anno 2022, la Direzione Aziendale ha avviato concretamente l'organizzazione dipartimentale, adottata con DDG n. 303 del 21 aprile 2021, procedendo alla individuazione dei direttori di dipartimento ovvero con la nomina di coordinatori delle unità operative afferenti al medesimo dipartimento nelle more della revisione dell'organizzazione aziendale



conseguente alle disposizioni approvate dalla Regione con la DGR n. 2074 del 6 dicembre 2021.

La Regione Puglia, infatti, con la citata DGR 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 DDG 303/2021, integrata e rettificata con successiva DDG n. 937 del 12.11.2021, si articola nei seguenti dipartimenti:

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

- ◆ Dipartimento di Prevenzione
- ◆ Dipartimento di Salute Mentale
- ◆ Dipartimento Dipendenze Patologiche
- ◆ Dipartimento Medicina Immunotrasfusionale

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 della Organizzazione Dipartimentale ASL Lecce:

- ◆ Dipartimento integrato Emergenza Urgenza
- ◆ Dipartimento Cardiovascolare
- ◆ Dipartimento Medico – Geriatrico
- ◆ Dipartimento Medicine Specialistiche
- ◆ Dipartimento Nefrodialitico
- ◆ Dipartimento Neuroscienze Testa Collo
- ◆ Dipartimento Oncologico
- ◆ Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica
- ◆ Dipartimento Ortopedico e Traumatologico
- ◆ Dipartimento Ostetrico Ginecologico



- ◆ Dipartimento Pediatrico
- ◆ Dipartimento di Diagnostica di Laboratorio
- ◆ Dipartimento Diagnostica per Immagini
- ◆ Dipartimento del Farmaco
- ◆ Dipartimento Assistenza Territoriali
- ◆ Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione
- ◆ Dipartimento Governo Clinico
- ◆ Dipartimento di Indirizzo Gestione e Controllo
- ◆ Dipartimento Direzioni Amministrative Ospedaliere
- ◆ Dipartimento Direzioni Mediche Ospedaliere

Con la citata DDG 303/2021 s.m.i. è stato altresì adottato il Regolamento Generale della Organizzazione Dipartimentale ASL Lecce, 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 della organizzazione dipartimentale sopra esposta, a partire dal mese di gennaio 2023, verranno assegnati, in apposite sessioni di budget per dipartimento, gli obiettivi di performance con relativi indicatori e valori target attesi.

Occorre, tuttavia, rilevare che sul versante organizzativo interno, la Giunta Regionale, con DGR 6 dicembre 2021, n. 2074, "Art.3 D.Lgs. n.502/1992 s.m.i. - Indirizzi di pianificazione per la riforma del SSR. Designazione Commissari.", ha avviato una profonda riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale, finalizzata a ridefinire il modello di governance complessiva del-



la Sanità pugliese, attraverso la costituzione di nuove aziende sanitarie aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione. A tal fine la Giunta della Regione Puglia ritiene funzionale procedere alla configurazione ed articolazione:

- dell'Azienda Zero, con la specifica missione di assicurare la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi tecnico amministrativi di supporto alle attività delle Aziende del Sistema Sanitario Regionale
- dell'Azienda della Prevenzione con funzione di garantire il potenziamento, l'integrazione e l'omogeneità delle attività di prevenzione e di promozione della salute pubblica attraverso il coordinamento e il monitoraggio delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASL regionali
- dell'Azienda Ospedaliera Vito Fazzi che risulterà dallo scorporo del P.O. Vito Fazzi di Lecce dall'ASL Lecce, con la specifica missione di rafforzare l'assistenza ospedaliera sul territorio di competenza
- dell'Azienda Ospedaliera Santissima Annunziata che risulterà dallo scorporo del P.O. Santissima Annunziata dell'ASL Taranto, con la specifica missione di rafforzare l'assistenza ospedaliera sul territorio di competenza

Lo scorporo del P.O. Vito Fazzi dall'ASL di Lecce e la costituzione della nuova Azienda Ospedaliera comporteranno, per il prossimo futuro, la ridefinizione complessiva dell'assistenza sanitaria nella provincia di Lecce sulla base di un piano organico che dovrà stabilire struttura, risorse e missioni di entrambe le aziende.

3.3. Obiettivi Strategici

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

La programmazione delle attività viene effettuata proseguendo e consolidando le iniziative intraprese negli anni precedenti, nonché attivando azioni in linea con la normativa ed i documenti di indirizzo nazionali e regionali.

Tra i documenti di indirizzo e programmazione nazionale si richiamano:

- ◇ Patto per la Salute 2014 - 2016, Intesa Conferenza Stato, Regioni, Province Autonome, del 10 luglio 2014;
- ◇ Decreto Ministero della Salute 02 aprile 2015, n. 70, di adozione del "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera";



- ◇ Piano Nazionale della Cronicità - Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome, del 15 settembre 2016;
- ◇ DPCM 12/01/2017 “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”;
- ◇ Piano Nazionale di Governo delle Liste d’Attesa per il triennio 2019-2021, Presidenza del Consiglio dei Ministri 20/02/2019;
- ◇ Patto per la Salute 2019 - 2021, Intesa Conferenza Stato, Regioni, Province Autonome, del 18 dicembre 2019;
- ◇ Piano di Controllo Nazionale Pluriennale 2020-2022, Intesa Conferenza Stato, Regioni, Province Autonome, del 20 febbraio 2020 n.16/CSR;
- ◇ Piano Nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025, Intesa Conferenza Stato, Regioni e le Province Autonome, del 6 agosto 2020.
- ◇ I decreti legge adottati dal Governo per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID - 19 nel triennio 2020 - 2022;
- ◇ Decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, “Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti”, convertito con modificazioni dalla L. 1 luglio 2021, n. 101;
- ◇ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato il 13 luglio 2021 dal Consiglio ECOFIN dell'UE;
- ◇ Decreto Ministero della Salute 20 gennaio 2022, "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari".
- ◇ Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, con cui viene adottato il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale".

Tra i documenti di indirizzo e programmazione regionale si richiamano:

- ◇ Programma Operativo 2016 – 2018 approvato con DGR n. 129 del 06.02.2018.

Indirizzi regionali sulla prevenzione:

- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 2194/2017 come da ultimo integrata e modificata con DGR 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 DGR 2194/2017 e s.m.i.".

- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 7 agosto 2020, n. 1332, approvazione del Documento Tecnico "Organizzazione dei programmi di screening oncologici nella Regione Puglia".
- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2021, n. 2198, ad oggetto "Intesa Stato Regioni n. 131 del 6.8.2020 rep. Atti 127/CSR concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2020 – 2025. Approvazione del documento programmatico "Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025".

Indirizzi sui servizi territoriali:

- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 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".
- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 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".
- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 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".
- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 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".
- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 26 maggio 2022, n. 763, ad oggetto "DGR 688/2022. PNRR Missione 6 "Salute". Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione".
- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 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".



Indirizzi sul riordino della rete ospedaliera:

- ◇ Regolamento Regionale 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”.
- ◇ Regolamento Regionale 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”.

Costituiscono obiettivi strategici aziendali, gli obiettivi assegnati al Direttore Generale ASL Lecce dalla Regione Puglia con:

- D.G.R. di “Nomina Direttore Generale ASL Lecce”.
- 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”.
- D.G.R. 11 maggio 2022, n. 684, ad oggetto "Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. triennio 2020-2022", nelle more della definizione e assegnazione da parte della Regione Puglia degli obiettivi di performance alle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. per il triennio 2023 – 2025.

OBIETTIVI DA DGR DI NOMINA DEL DG - “Obiettivi di mandato”:

Utilizzo del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi rendimenti e risultati.

Adeguamento del sistema informativo-contabile alle disposizioni del D.Lgs. 118/2011 s.m.i. nonché alle direttive regionali in materia.

Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera.

Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e ridefinizione della dotazione organica secondo le linee guida regionali.

Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale, con particolare riferimento alla razionalizzazione dell’acquisto di farmaci e dispositivi medici e alla definizione degli obiettivi assegnati ai Direttori delle Unità Operative, ed incremento della distribuzione diretta dei farmaci di fascia A alla dimissione o a seguito di visita specialistica.



Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS.

Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica.

Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali.

Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria.

Garanzia del puntuale rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari sottoscritti per la gestione di fondi comunitari e/o nazionali e l'aggiornamento dei sistemi informativi di monitoraggio degli stadi di avanzamento nel rispetto delle scadenze e dei target di spesa prefissati.

Attuazione del piano regionale per il governo dei tempi di attesa.

Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012.

OBIETTIVI DA DGR 1487/2019 - *“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”*:

Invio informatico trimestrale alla Regione, al MEF e al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento al conto economico trimestrale. (Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, art. 6 co. 2, recepita dalla Legge 266 del 2005 “Finanziaria 2006”, art. 1, co. 274.

Garanzia dell'equilibrio economico-finanziario della gestione o, in caso di certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazioni delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio. (D. Lgs n. 171/2016 s.m.i.; L.R. n. 38/1994, art. 33, co. 2; L.R. n. 28/2000, art. 24, co. 2; L.R. n. 32/2001, art. 10; Legge 289 del 2002, art. 52, co. 4, lett.d); Intesa Stato Regioni 23 marzo 2005, art. 6 co. 2, recepita dalla Legge 266 del 2005 “Finanziaria 2006”, art. 1, co. 274)

Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione. (D.Lgs. 171/2016 s.m.i., art. 2, co.5)

Acquisto di beni e servizi. Gli Enti del SSR, ai sensi dell'art. 1, co.449, della legge n. 296/2006 e dell'art. 15, co. 13, lett. D), del decreto legge 95/2012, hanno l'obbligo di ricorso per l'acquisto di beni e servizi alle convenzioni attivate da InnovaPuglia S.p.A. quale centrale regionale di committenza ai sensi dell'art. 20 della L.R. n. 37/2014 o, in mancanza, di convenzioni attivate da CONSIP. In assenza di convenzioni vige l'obbligo del ricorso agli



strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP o da InnovaPuglia S.p.A.

Inoltre, ai sensi di quanto previsto dalla legge n. 208/2015, all'art. 1, co. 548, gli Enti del SSR sono tenuti ad approvvigionarsi, relativamente alle categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di cui all'art. 9, co. 3, del decreto legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, avvalendosi, in via esclusiva, del soggetto aggregatore InnovaPuglia S.p.A. ovvero della CONSIP.

Fermo restando quanto previsto al co. 3 dell'art. 9 del D.L. 24 aprile 2014, n. 66, convertito con modificazioni dalla L. n. 89/2014, gli Enti del SSR sono inoltre tenuti al rispetto della programmazione regionale, con la quale sono individuate le categorie di beni e servizi che devono acquisire obbligatoriamente in forma aggregata o comunque facendo ricorso al Soggetto aggregatore regionale ai sensi dell'art. 21 della L.R. n. 37/2014.

Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria (L.120/2007, art.1, co.7)

Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate (L.R. 32/2001, art.11)

Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali (L.R. 4/2003, art.32, co.2)

Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, entro i limiti del budget ad essi attribuito. (D.Lgs 502/92 s.m.i., art. 8-octies, co.1 e 2; L.R. 4/2003, art.36, co.6)

Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica, ai fini di una sua riconduzione verso i valori di riferimento (D.L. n. 347 del 18/09/2001 convertito in L. 405/2001; Delibera di Giunta Regionale n. 1718 del 19/11/2004)

Conseguimento degli obiettivi di salute e assistenziali, definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari al rispetto degli equilibri economico-finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.(L. 190/2014 "Leggestabilità 2015" art. 1 co. 567; D. Lgs 502/92. Art. 3bis, co. 7bis; D. Lgs n. 171/2016, art. 2 co. 3, et. A)

Rispetto del piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente. (L.R. n. 13/2019 e DGR n. 735 del 18.04.2019)



Nelle more della individuazione da parte della Regione Puglia degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. per il triennio 2023 – 2025, vengono ripresi, in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i successivi atti di programmazione regionale, gli obiettivi assegnati con DGR 11 maggio 2022, n. 684, ad oggetto "Definizione e assegnazio-

MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Ambito di applicazione	Indicatore	Target 2022/2023
Assistenza ospedaliera	Qualificazione assistenza ospedaliera	ASL/AOU/IRCCS pubblici	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente. (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019)	≤ 160*1000 abitanti
			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)	>150 (10% tolleranza)
			Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella. (Cod. H03Z_D.M. 12/03/2019)	122 gg.
			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)	≤ 0,21
			Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	≤ 26,65%
			Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	≤ 35,25%
			Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina) (Cod. H08Z_D.M. 12/03/2019)	Raggiungimento obiettivi autosufficienza sangue
			Degenza media preoperatoria	1,64 gg
			T.O. over 75 anni per 1000 abitanti anziani	≤ 255,50
			Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e gastroenterite	≤ 141
			Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ 409
			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)	≥ 60%
			Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno	≤ 15%
			Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno	≤ 25%
			Numero di interventi in PTCA	≥ 250
Implementazione rete ospedaliera Covid secondo disposizioni regionali ai sensi del D.L. 18/2020 e D.L. 34/2020	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI/NO	SI	
Presentazione aggiornamento rete ospedaliera no-Covid	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI/NO	SI	

ne degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. triennio 2020-2022".



MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Ambito di applicazione	Indicatore	Target 2022/2023
Assistenza territoriale	Qualificazione assistenza territoriale	ASL	Anziani assistiti in ADI (%)	≥ 1,88%
			Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B.	≥ 70%
			Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di classe D.	≥ 70%
			Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore.	Δ% anno 2022-2021 ≥ 2%
Assistenza residenziale e semiresidenziale	Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	ASL	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	residenziale mantenimento ≥ 12 p./10 mila ab. Semiresidenziale mantenimento ≥ 2,5 p./10 mila ab.
			Posti equivalenti residenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	≥ 0,50
			Posti equivalenti semiresidenziali in strutture che erogano assistenza ai disabili (tasso per 1.000 residenti)	≥ 0,22
			N. e rapporto su 100 deceduti per tumore (Posti letto Hospice)	> 1
			Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	≥ 65%
			Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica.	≥ 20%
			Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale	SI/NO
Potenziamento delle Aree/Dipartimenti territoriali (Salute mentale - Dipendenze patologiche - Sociosanitario - Riabilitazione) con collaboratori amministrativi al fine di migliorare la performance in tema di accordi contrattuali e monitoraggio della spesa	almeno 1 collaboratore amministrativo per Area/Dipartimento aggiuntivo rispetto al 2021			
Accreditamento strutture pubbliche	Qualificazione strutture pubbliche	ASL/AOU/IRCCS pubblici	Strutture ospedaliere pubbliche - Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Qu.Ota - Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità di cui ai Manuali del RR 16/2019 - fase plan e fase do	SI/NO



MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Ambito di applicazione	Indicatore	Target 2022/2023
Prevenzione e Promozione della Salute	Screening oncologici	ASL	Estensione: % di persone invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne di età compresa tra i 50 e i 69 anni) (ind. LEA)	100%
			Adesione: % di persone in età target che eseguono il test di screening per carcinoma mammella / [donne residenti (50-69) / 2 - escluse prima dell'invito] *100 (ind. LEA)	59%
			Estensione: % di persone invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) (ind. LEA)	100%
			Adesione: % di persone in età target che eseguono il pap test di screening per cervice uterina +persone in età target che eseguono come test primario l'HPV*5/3) / [donne residenti (25-64) /3- escluse prima dell'invito] * 100 (ind. LEA)	49%
			Estensione: % di persone invitate allo screening colorettrale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione (ind. LEA)	100%
			Adesione: % di persone in età target che eseguono il test di screening per tumore colon retto / [persone residenti (50-69) /2 - esclusi prima dell'invito] * 100 (ind. LEA)	49%
			Proporzione di cancro in stadio II+ in donne 50-69 anni rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancro screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza (ind. NSG)	≤ 25%
			Assicurare il raggiungimento degli obiettivi previsti dal "piano di recupero liste di attesa" per gli screening oncologici	Vedi foglio allegato "Screening oncologici - Piano Recupero liste attese - Obiettivi anno 2022"
Prevenzione e Promozione della Salute	Vaccinazioni	ASL	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomielite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ind. LEA e NSG)	95% (tutte)
			Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con 1 dose di vaccino MPR / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ind. LEA e NSG)	95%
			Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) (ind. NSG)	95%
			Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C / numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima) (ind. NSG)	95%
			Numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi / numero di bambine della rispettiva coorte di nascita (ind. NSG)	95%
			Numero di soggetti di età ≥ 65 anni vaccinati per influenza / numero di soggetti di età ≥65 anni residenti (ind. LEA e NSG)	75%



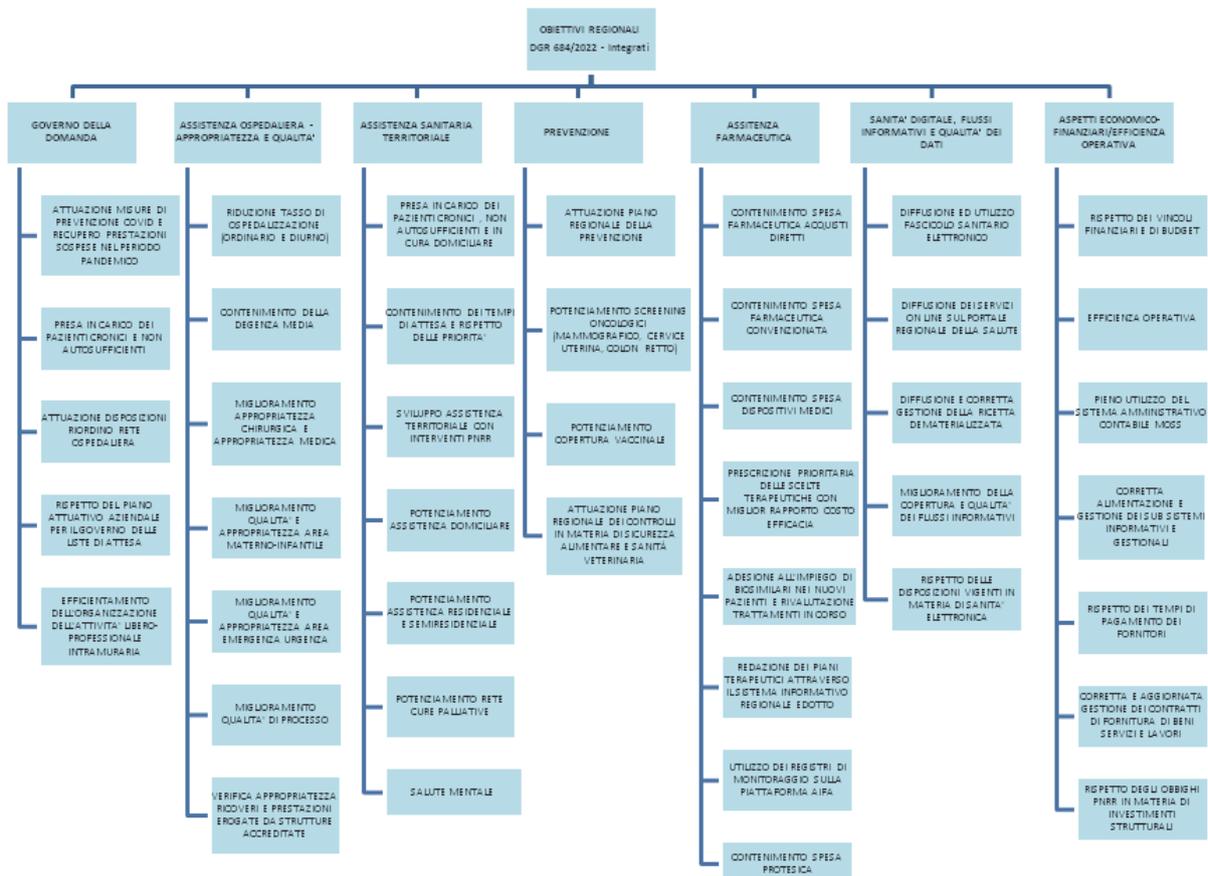
MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Ambito di applicazione	Indicatore	Target 2022/2023
Prevenzione e Sicurezza Alimentare	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti	ASL	numero dei controlli minimi svolti per l'attuazione del Piano Nazionale Residui dell'anno di riferimento per la ricerca di residui negli alimenti di origine animale / n° dei controlli previsti dal medesimo Piano	100%
			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%
			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%
	Esecuzione di ispezioni e audit su OSA	ASL	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%
			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%
Prevenzione Sanità Veterinaria	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	ASL	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina)	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%
			ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende oviceprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	3%



MACRO-AREA OBIETTIVO	Obiettivo	Ambito di applicazione	Indicatore	Target 2022/2023
ASSISTENZA FARMACEUTICA	DIMINUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA	ASL	Spesa lorda pro capite pesata aziendale farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (Valore di riferimento Naz. SISTEMA TS) - Sistema Direzionale Edotto	≤165 euro
	DIMINUZIONE DELLA SPESA FARMACEUTICA ACQUISTI DIRETTI	ASL/AOU/IRCCS pubblici	Spesa farmaceutica Acquisti diretti rilevata da flussi dei consumi aziendali al netto di vaccini e Innovativi con accesso al fondo - Sistema Direzionale Edotto	Obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito dalla D.G.R. 314/2022
	DIMINUZIONE DELLA SPESA DISPOSITIVI MEDICI	ASL/AOU/IRCCS pubblici	Spesa per Acquisto diretto di DM rilevata dai Conti Economici aziendali - Sistema Direzionale Edotto	Obiettivo minimo di riduzione rispetto ad anno precedente definito dalla D.G.R. 133/2022
ASPETTI ECONOMICO- FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE	Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	ASL/AOU/IRCCS pubblici	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	ITP <= 0
	Quadratura tra Contabilità Analitica e Contabilità generale		Invio, entro il 15 giugno 2022, del Bilancio di verifica per Centro di Responsabilità in quadratura con il Bilancio dell'esercizio precedente e dei dati di struttura relativi all'organico medio per centro di costo e dati di attività per il monitoraggio della spesa ed il completamento dei progetti regionali correlati.	Rispetto della tempistica stabilita per l'invio e quadratura al 100%
	Sviluppo e Avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS)		Dismissione del precedente sistema informativo contabile e avvio in esercizio del Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) nel rispetto dei PED approvati.	Effettivo avvio in esercizio del MOSS certificato dalla softwarehouse
SANITÀ DIGITALE	Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie	ASL/AOU/IRCCS pubblici	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico	> 90%
			Diffusione dei servizi online sul portale regionale della salute	> 90%
			Diffusione e corretta gestione della ricetta dematerializzata	> 98%
			Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Rispetto obiettivi annuali DGR ex art. 39 LR 4/2010
Investimenti strutturali	Sezione Risorse Strumentali e Tecnologiche Sanitarie	ASL/AOU/IRCCS pubblici	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	> 95%
			Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FSC/POC)	100%
			Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	100%
Rapporti con gli erogatori privati	Sezione Strategie e Governo dell'Offerta	ASL	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92	SI / NO



Albero delle performance





3.4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Gli obiettivi “strategici” hanno le seguenti caratteristiche:

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

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

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

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

Contestualmente alla adozione del Bilancio di Previsione 2023, la Direzione Generale ha definito, sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, le Linee Guida per il Budget anno 2023 assegnando ai dipartimenti aziendali i seguenti obiettivi operativi di performance prioritari per l’anno 2023.

L’allegato A) riporta la correlazione tra gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi e le strutture coinvolte.

3.4.1. OBIETTIVI OPERATIVI COMUNI A TUTTE LE STRUTTURE

- ✓ attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l’emergenza epidemiologica da COVID – 19.



- ✓ garantire l'equilibrio economico-finanziario della gestione assicurando la definizione dei fabbisogni di risorse e il contenimento dei costi nel rispetto delle condizioni di equilibrio (budget) stabilite dalla direzione generale.
- ✓ assicurare la corretta implementazione e l'utilizzo completo del sistema informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale (MOSS) per le parti di competenza.
- ✓ garantire i tempi previsti dalla nota prot. 169529/2022 per le diverse fasi del processo di pagamento delle fatture passive (registrazione fatture – liquidazione – emissione mandati di pagamento) e monitoraggio dell'ITP.
- ✓ assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento dei dati nei sistemi informativi gestionali e, ove previsto, in EDOTTO, nonché la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.
- ✓ assicurare la diffusione e l'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico, dei servizi on – line sul portale regionale della salute, e la diffusione della corretta gestione della ricetta dematerializzata.
- ✓ assicurare il rispetto delle misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione aziendale.
- ✓ assicurare il rispetto delle misure previste nel Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità aziendale.
- ✓ programmare e realizzare il Dossier formativo delle UU.OO. finalizzato ad assicurare i LEA e a raggiungere gli Obiettivi di Performance, garantendo, altresì, l'acquisizione dei crediti ECM al personale assegnato.

3.4.2. OBIETTIVI OPERATIVI PER LA PREVENZIONE

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

Dipartimento di Prevenzione

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



Ferma restando la necessità di procedere al potenziamento degli organici come previsto dagli indirizzi regionali, costituiscono obiettivi specifici del Dipartimento di Prevenzione:

- ✓ attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemologica da COVID – 19 mediante:
 - il potenziamento delle attività di monitoraggio e la sorveglianza attiva della circolazione del virus SARS-CoV-2, in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale
 - l'attuazione dei piani di vaccinazione anti-Covid.
- ✓ attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione.
- ✓ attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, con particolare riferimento al sistema di indicatori previsti dalla DGR n. 684/2022.
- ✓ potenziare la copertura vaccinale, con particolare riferimento al sistema di indicatori previsti dalla DGR n. 684/2022.
- ✓ assicurare adempimenti LEA - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.
- ✓ assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Potenziamento delle Attività di Screening per le Principali Neoplasie

Per l'anno 2023 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 DGR n. 684/2022.

3.4.3. OBIETTIVI PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE

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

- ✓ N. 10 Distretti Socio-Sanitari di cui 5 sedi di Presidio Territoriale di Assistenza (PTA)
- ✓ Dipartimento di Salute Mentale



- ✓ Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- ✓ Dipartimento di Riabilitazione

Distretti Socio-Sanitari

La programmazione regionale ed il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale adottato con DGR n. 134/2022 (ai sensi dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) ed 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 meccanismi organizzativi quali le dimissioni protette e la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e non autosufficienti.

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

- predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale;
- sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e attuare programma Puglia Care 3.0;
- potenziare le cure domiciliari nel rispetto dei valori soglia definiti nel Nuovo Sistema di Garanzia e dalla DGR n. 684/2022;
- sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologia oncologica assistiti dalla rete di cure palliative domiciliare e in Hospice;
- sviluppare la presa in carico dei pazienti non autosufficienti in trattamento sociosanitario residenziale/semiresidenziale;
- garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite Ambulatoriali, Esami strumentali diagnostici e/o operativi, Day Service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa;
- rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione;



- assicurare la massima collaborazione con le Aree centrali nella realizzazione degli interventi previsti e finanziati con il PNRR;
- attuare gli interventi previsti per il percorso nascita;
- attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di screening cervico-uterino e mammografico;
- attuare le misure aziendali e regionali previste per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata;
- assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso;
- assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi;
- assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica entro i tetti stabiliti dalla regione;
- incrementare le prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata;
- incrementare la presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata.

Dipartimento di Salute Mentale

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

Centri di Salute Mentale

Per l'anno 2023, si conferma la programmazione del D.S.M., compatibilmente con le risorse disponibili, che prevede un progressivo avvicinamento all'obiettivo regionale con l'apertura h/12 dei Centri di Salute Mentale anche mediante l'accorpamento di alcuni CSM su base sovradistrettuale: CSM Lecce; CSM Campi; CSM Nardò – Galatina; CSM Martano – Maglie – Poggiardo; CSM Casarano – Gallipoli; CSM Gagliano del Capo; oltre alle UOSD: Centro di Psicoterapia per l'infanzia e l'adolescenza; Centro dei disturbi alimentari; Psichiatria penitenziaria e forense.



Unità Operativa Complessa di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA)

Nel corso dell'anno 2023, l'U.O.C. di NPIA proseguirà nell'obiettivo di consolidare l'unitarietà organizzativa e gestionale di tutte le attività di competenza precedentemente frammentate in differenti strutture, nonché gli obiettivi previsti dalla programmazione regionale per l'assistenza ambulatoriale e diurna dei pazienti affetti da Autismo.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

Per i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura si rimanda a quanto previsto per la rete ospedaliera in ordine agli obiettivi di miglioramento dell'appropriatezza con particolare riferimento ai ricoveri ripetuti.

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

- predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale;
- assicurare la presa in carico dei pazienti psichiatrici;
- assicurare la presa in carico dei pazienti di NPI;
- garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite specialistiche e Day Service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa;
- rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione;
- contenere il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenni;
- contenere il numero di TSO ai residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente;
- contenere il tasso di ospedalizzazione di minori per patologie psichiatriche;
- contenere i ricoveri ripetuti tra 8 e 30 gg in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche;
- migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle strutture residenziali e diurne a gestione diretta;
- attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica;



- assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso;
- assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture residenziali e diurne pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale;
- assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Dipartimento Dipendenze Patologiche

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

Le priorità di intervento nel settore sono:

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

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

- ✓ predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale;
- ✓ migliorare la capacità attrattiva dei servizi;
- ✓ migliorare l'appropriatezza dell'offerta e della presa in carico;
- ✓ verificare l'efficacia dei piani terapeutici residenziali;



- ✓ implementare screening delle patologie infettive correlate;
- ✓ assicurare attività di prevenzione delle Dipendenze Patologiche;
- ✓ assicurare la collaborazione con gli ambiti territoriali di zona per l'inserimento sociale;
- ✓ assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture private accreditate insistenti sul territorio aziendale;
- ✓ assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione

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

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

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

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



- ✓ predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale;
- ✓ assicurare la presa in carico dei pazienti in riabilitazione ambulatoriale;
- ✓ potenziare le cure riabilitative domiciliari in raccordo con i Distretti Sociosanitari;
- ✓ garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite specialistiche e Day Service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa;
- ✓ rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione;
- ✓ assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali;
- ✓ migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva;
- ✓ migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto di riabilitazione ospedaliera in dotazione;
- ✓ contenere la degenza media su standard definiti per tipologia di trattamento (riabilitazione fisica, neurologica, pneumologica, cardiologica);
- ✓ assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni riabilitative erogate dalle strutture private accreditate;
- ✓ assicurare interventi atti a garantire il contenimento della spesa per assistenza protesica;
- ✓ assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

3.4.4. OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Sul versante della programmazione ospedaliera, la Regione Puglia, con DGR 31 luglio 2020, n. 1215, ha provveduto all'approvazione definitiva del Regolamento Regionale recante: "Potenziamento della rete ospedaliera ai sensi dell'art. 2 del decreto – legge 19 maggio 2020, n. 34", emanato con Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n.14, che modifica ed integra il precedente RR 22 novembre 2019, n. 23, confermando una organizzazione della rete ospedaliera per complessità e intensità di cura articolata in:



- ◆ Presidi Ospedalieri di base: (Casarano, Galatina, Copertino) strutture dotate di sede di pronto soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale;
- ◆ Presidi Ospedalieri di I° livello: (Gallipoli e Scorrano a gestione diretta, E.E. Cardinal Panico di Tricase) strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA I° livello) dotate di specialità di ampia e media diffusione;
- ◆ Presidio Ospedaliero di II° livello: (Ospedale "V. Fazzi" di Lecce) struttura sede di DEA II° livello dotata di tutte le specialità previste per gli ospedali di I° livello nonché delle specialità più complesse riferite a bacini di utenza superiori a 600.000 abitanti.

A seguito della istituzione della Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università del Salento, la Regione Puglia, con la citata DGR 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.

La programmazione degli interventi finanziati con il PNRR ha una ricaduta particolarmente significativa sull'assistenza ospedaliera in merito alla infrastrutturazione tecnologica e delle grandi macchine.

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

- ✓ predisporre la pianificazione delle attività ambulatoriali e di ricovero (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale e al governo dei tempi di attesa;
- ✓ migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva;
- ✓ assicurare il governo dei tempi di attesa per le prestazioni di Ricovero, Esami strumentali diagnostici e/o operativi, Diagnostica di laboratorio, Day Service e Ambulatoriali, secondo i criteri di priorità previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa;
- ✓ rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione;
- ✓ assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali e regionali;
- ✓ assicurare la massima collaborazione con le Aree centrali nella realizzazione degli interventi previsti e finanziati con il PNRR;



- ✓ contenere la degenza media e i ricoveri oltre soglia, anche mediante il corretto utilizzo degli strumenti disponibili per le Dimissioni ospedaliere protette (DOP), nonché il trasferimento in reparti di riabilitazione e lungodegenza;
- ✓ ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC;
- ✓ tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019);
- ✓ quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui (Cod. H02Z_D.M. 12/03/2019);
- ✓ proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (Cod. H03Z_D.M. 12/03/2019);
- ✓ rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019);
- ✓ 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 over 75 anni per 1000 abitanti anziani;
- ✓ tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e per gastroenterite;
- ✓ tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco;
- ✓ percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (Cod. H13C_D.M. 12/03/2019);
- ✓ percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno;
- ✓ percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno;
- ✓ numero di interventi in PTCA;



- ✓ implementazione rete ospedaliera Covid secondo disposizioni regionali ai sensi del D.L. 18/2020 e D.L. 34/2020;
- ✓ presentazione aggiornamento rete ospedaliera no-Covid;
- ✓ attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di screening primo e secondo livello per mammografico e secondo livello per cervico-uterino e colon retto;
- ✓ attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica;
- ✓ assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso;
- ✓ assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi;
- ✓ incremento prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata;
- ✓ incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici.

3.4.5. 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.



3.4.6. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DEL FARMACO

- ✓ assolvere alle funzioni di governo del processo di assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, collaborando alla definizione di una politica del farmaco interna coerente con gli obiettivi dati dalla Regione Puglia alle Direzioni Generali per il contenimento e la razionalizzazione della spesa di farmaci e dispositivi medici entro i tetti assegnati;
- ✓ promuovere e monitorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci e dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa;
- ✓ assicurare il monitoraggio nell'utilizzo appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici fornendo indicazione alle unità operative ospedaliere e distrettuali utili al contenimento della spesa;
- ✓ assicurare la verifica e controllo della prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da miglior rapporto costo/efficacia, con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica;
- ✓ assicurare la verifica della prescrizione dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo, come registrato nel PTR del sistema Edotto), nei pazienti di nuova diagnosi e delle rivalutazioni dei trattamenti in corso, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti;
- ✓ assicurare la verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici e delle prescrizioni farmaceutiche registrati in Edotto, nella fase di erogazione diretta;
- ✓ assicurare il monitoraggio continuo attraverso i Cruscotti Edotto sull'andamento della Spesa Farmaceutica convenzionata al fine di ricondurre la spesa lorda pro capite aziendale al valore di riferimento OSMED nazionale;
- ✓ monitoraggio dei prescrittori che risultano disallineati rispetto al dato di spesa medio nazionale, rilevato sui cruscotti Disar di Edotto;
- ✓ audit nei confronti dei medici prescrittori con particolare riferimento sia alle branche specialistiche maggiormente interessate nella prescrizione di farmaci ad elevato impatto di spesa per acquisti diretti e per convenzionata, in disallineamento rispetto alla media nazionale;
- ✓ intensificare le attività di controllo e verifica nella fase della somministrazione;



- ✓ assicurare il costante aggiornamento delle dispensazioni e delle richieste di rimborso di tutti i farmaci sottoposti a monitoraggio sulla piattaforma AIFA Web-Based dei Registri di Monitoraggio;
- ✓ collaborare con le Aree Amministrative (in particolare con l'Area Patrimonio e Risorse Finanziarie) per la corretta implementazione e gestione, per quanto di competenza, del sistema MOSS e delle procedure di approvvigionamento dei beni sanitari;
- ✓ assicurare la regolare funzionalità delle commissioni aziendale/distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva;
- ✓ collaborare con l'Area Patrimonio ed il Controllo di Gestione assicurando l'apporto specialistico-professionale per l'aggiornamento del benchmark dei prezzi di acquisto e per l'espletamento delle procedure centralizzate da parte del Soggetto Aggregatore Regionale, in unione d'acquisto ovvero di eventuali gare aziendali ponte.

3.4.7. 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.

3.4.8. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE AFFERENTI AL GOVERNO CLINICO

- ✓ assicurare il governo della domanda di assistenza specialistica nelle branche afferenti al Dipartimento mediante il coordinamento dell'offerta territoriale, di concerto con i Distretti Sociosanitari e in rapporto con i Presidi Ospedalieri, e la presa in carico del paziente in percorsi integrati;



- ✓ assicurare la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni nelle strutture a gestione diretta e in quelle convenzionate accreditate, secondo gli standard stabiliti a livello regionale;
- ✓ assicurare il coordinamento nella pianificazione e nella verifica delle attività connesse al governo delle liste d'attesa per l'attività ambulatoriale e per i ricoveri ospedalieri, secondo i rispettivi criteri di priorità, nonché il monitoraggio dei piani aziendali di recupero e abbattimento tempi di attesa;
- ✓ assicurare percorsi per la prevenzione e gestione del rischio clinico e la sicurezza complessiva nei percorsi di assistenza e di cura, elaborando metodi e tecniche utili al contenimento eventi avversi correlati alle attività di prevenzione, cura e assistenza;
- ✓ sviluppare cultura e competenza nella valutazione dei volumi e degli esiti, anche mediante l'utilizzo degli indicatori finalizzati al miglioramento continuo della qualità, appropriatezza ed efficacia della diagnosi e della cura, con il monitoraggio continuo dei risultati raggiunti, per le singole specialità aziendali;
- ✓ assicurare l'apporto tecnico-professionale nei programmi aziendali per l'accredimento istituzionale per le strutture aziendali o dei singoli servizi;
- ✓ potenziare i servizi per la tutela della salute dei lavoratori, anche mediante la mappatura dei rischi e la rilevazione del benessere organizzativo;
- ✓ migliorare la comunicazione istituzionale con il coinvolgimento degli stakeholder esterni e la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, anche attraverso una corretta gestione delle segnalazioni e dei reclami;
- ✓ attuare interventi di valutazione partecipativa delle performance, anche con il coinvolgimento delle associazioni;
- ✓ dare piena attuazione alle linee di indirizzo del progetto regionale Hospitality;
- ✓ assicurare la redazione e il costante aggiornamento del piano formativo aziendale, per le diverse articolazioni organizzative, e la gestione degli eventi formativi;
- ✓ implementare strumenti di sorveglianza epidemiologica con la produzione di specifici report utili nella programmazione delle attività e dei servizi aziendali (Registro Tumori, Sistemi di Sorveglianza di patologia, etc.);
- ✓ assicurare il coordinamento aziendale e il collegamento con la Rete Regionale delle Malattie Rare;
- ✓ monitorare i requisiti organizzativi delle strutture aziendali, con particolare riferimento alle professioni sanitarie e al personale di comparto.



3.4.9. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE TECNICO – AMMINISTRATIVE

- ✓ assicurare costante supporto alla direzione generale nella definizione degli indirizzi strategici mediante la predisposizione dei documenti di programmazione e la gestione delle relative procedure:
 - piani strategici e dei fabbisogni, Bilanci di Previsione annuali e pluriennali;
 - piano triennale del fabbisogno di personale con la programmazione e gestione delle procedure di reclutamento;
 - programma triennale dei lavori pubblici con la programmazione e gestione delle procedure di affidamento ed esecuzione dei lavori;
 - programma biennale degli acquisti di beni e servizi con la programmazione e gestione delle procedure di gara;
 - piano pluriennale di acquisizione, aggiornamento e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali;
 - piano per la Transizione alla Modalità Digitale e dematerializzazione;
 - piano di sviluppo dei sistemi informativi;
 - piano delle performance.
- ✓ procedere alla razionalizzazione e semplificazione delle procedure amministrative e alla verifica e revisione delle procedure amministrative-contabili per la corretta implementazione del MOSS e per la certificabilità dei bilanci;
- ✓ rispettare gli obblighi previsti nei Disciplinari attuativi fondi strutturali (FESR, FSC/POC, PNRR);
- ✓ assicurare il supporto al programma aziendale per l'accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e/o di singoli servizi;
- ✓ monitorare le attività programmate mediante la rendicontazione economica trimestrale, la contabilità analitica, l'andamento del budget e dei risultati raggiunti.

3.4.10. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Con Deliberazione D.G. n. 2183 del 9/12/2014, l'ASL Le ha adottato il Regolamento Aziendale "Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale".



Il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi dei dirigenti o responsabili di unità organizzativa viene effettuato attraverso un sistema di indicatori di performance corrispondenti agli ambiti di valutazione. Per ciascuno degli indicatori di performance (Allegato A) viene definito un valore target su cui si misura il raggiungimento o lo scostamento del valore conseguito rispetto al valore atteso.

I risultati raggiunti saranno oggetto della Relazione annuale sulla performance che verrà approvata, entro il 30 giugno dell'anno successivo, e validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)

3.4.11. LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA

Le modifiche del d.lgs. 27 ottobre 2009, n.150, introdotte dal d.lgs. 25 maggio 2017, n. 74, hanno dato maggiore concretezza al principio astratto della partecipazione con riferimento al ciclo della performance. A tal fine il Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) ha redatto specifiche "Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni", n. 4 del novembre 2019, che contengono basilari indicazioni metodologiche in ordine alle modalità attraverso le quali assicurare il coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa.

Il citato d.lgs. 74/2017, delinea all'art. 7, comma 2, lett. c), la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione declinandola su tre cardini fondamentali:

- ◆ sotto il profilo soggettivo, sono protagonisti dei processi valutativi sia i cittadini che gli "utenti finali" dei servizi resi dall'amministrazione; il duplice riferimento è diretto a coinvolgere nella valutazione i fruitori delle "attività istituzionali" e dei "servizi pubblici";
- ◆ sotto il profilo oggettivo, l'ambito della valutazione concerne la qualità di tutte le attività istituzionali e tutte le prestazioni di servizi delle pubbliche amministrazioni;
- ◆ sotto il profilo procedimentale, la partecipazione alla valutazione è coerentemente ricondotta all'ambito specifico "della performance organizzativa dell'amministrazione, secondo quanto stabilito dagli articoli 8 e 19-bis".

L'articolo 8 prevede che il Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa (SMVP) concerne, in particolare:

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;



- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

L'art. 19-bis, inoltre:

- prevede che la partecipazione dei cittadini alla valutazione della performance organizzativa possa avvenire anche "in forma associata";
- individua l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) quale possibile interlocutore dei cittadini e degli utenti a cui può essere direttamente comunicato "il proprio grado di soddisfazione per le attività e per i servizi erogati";
- impone un vero e proprio obbligo per le amministrazioni di favorire la "valutazione partecipata" e di predisporre sistemi di rilevazione del grado di soddisfazione;
- dà uno specifico ruolo anche agli "utenti interni" cioè ai settori delle strutture amministrative che si avvalgono di servizi strumentali e di supporto dell'amministrazione valutata;
- prescrive la pubblicazione dei risultati della rilevazione del grado di soddisfazione dei soggetti su attività e servizi con cadenza annuale;
- demanda all'OIV la verifica dell'effettiva adozione dei sistemi di rilevazione ed impone al medesimo Organismo di tener conto dei risultati sia ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e sia, in particolare, ai fini della validazione della Relazione annuale sulla performance.

Il coinvolgimento di cittadini e utenti nel processo di valutazione della performance, oltre a rispondere al quadro normativo sopra delineato, consente di superare l'autoreferenzialità dell'amministrazione pubblica e orientare i sistemi di valutazione verso il miglioramento complessivo del livello di benessere.

Come indicato nelle citate Linee Guida n. 4 del 2019, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha inteso fornire indicazioni metodologiche prevalentemente in ordine alle modalità di coinvolgimento dei cittadini nella fase di valutazione delle attività e dei servizi erogati, secondo un principio di gradualità (c.d. "Scala di sviluppo della valutazione partecipativa"), con l'obiettivo di promuovere il miglioramento continuo dei sistemi di performance management. A tal fine le singole amministrazioni, nel definire il proprio modello di valutazione partecipativa, possono mettere a frutto il patrimonio conoscitivo ed informativo già sviluppato attraverso l'esperienza in materia di standard di qualità, di carte dei servizi, di rilevazioni effettuate del grado di soddisfazione degli utenti, della umanizzazione dei servizi, del benessere organizzativo, di attività di controllo o audit professionali, di co-produzione di servizi, etc.

La valutazione partecipativa si configura, infatti, come una forma di valutazione della performance, che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubbli-



ca e cittadini, coinvolge non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti.

La valutazione partecipativa mira a:

- ◆ migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici, avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti, attraverso cui raggiungere una conoscenza più completa dei bisogni;
- ◆ promuovere processi di innovazione amministrativa;
- ◆ mobilitare risorse e capitale sociale presenti sul territorio, attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini per rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza alla collettività;
- ◆ gestire e ridurre i conflitti, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il deficit di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica;
- ◆ integrare il performance management nei processi decisionali, collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di performance sia da parte dei dirigenti pubblici e dei politici, sia da parte dei cittadini.

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

Comitato Consultivo Misto (C.C.M.)

La Asl di Lecce, con Delibera nr. 987 del giugno 2014, avente ad oggetto "Regolamento per la costituzione ed il funzionamento del Comitato Consultivo Misto Asl di Lecce", recepisce il Regolamento Regionale nr. 4 del marzo 2014, e delinea le linee guida per la costituzione e il funzionamento del Comitato Consultivo Misto della Asl.

Con delibera nr. 209 del 28 gennaio 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 Comitato Consultivo Misto di Lecce è composto da 26 Associazioni di Tutela e di Volontariato in campo socio-sanitario e da un rappresentante designato dall'Asl.

Le funzioni del CCM sono (delibera nr. 209 del 28 gennaio 2019):



- (A) contribuire alla programmazione aziendale in materia di organizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari;
- (B) 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.

Per adempiere tali funzioni il C.C.M. svolge le seguenti attività:

- monitoraggio e verifica periodica dell'organizzazione, dei tempi e delle modalità di erogazione e della qualità dei servizi sanitari e socio sanitari;
- presentazione di proposte e/o progetti per il superamento delle criticità rilevate, per il miglioramento della qualità, dell'accessibilità e dell'umanizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari e per la valutazione del grado di soddisfazione delle persone assistite;
- presentazione di proposte per l'elaborazione dei Piani aziendali locali e territoriali;
- valutazione annuale dell'organizzazione complessiva dei servizi sanitari e socio sanitari dell'Azienda, da effettuare attraverso apposita relazione;
- collaborazione alla stesura di piani di educazione sanitaria;
- proposte volte a promuovere la partecipazione e l'informazione sui diritti delle persone assistite, sui criteri e requisiti di accesso ai servizi ASL Le, nonché sulle modalità di erogazione degli stessi.

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

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

Per la realizzazione di tali azioni positive è determinante il coinvolgimento del personale anche tramite la somministrazione di questionari e focus group.

Il percorso intrapreso dal CUG si prefigge di:

- ✓ eliminare le disparità di fatto nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- ✓ favorire la diversificazione delle scelte professionali;
- ✓ superare condizioni organizzative e distributive del lavoro che potrebbero creare pregiudizi nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera e nel trattamento economico e retributivo;



- ✓ ottimizzare i tempi delle attività lavorative per consentire a tutto il personale di conciliare al meglio le responsabilità professionali con quelle familiari.

Nel corso del triennio potranno essere promosse altre iniziative negli ambiti di interesse del CUG, in ragione di esigenze e di proposte di attivazione segnalate al CUG, con il Piano delle Azioni Positive riportato in altra sezione del presente PIAO.

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

A partire da febbraio 2020, i cittadini possono esprimere la loro opinione sui servizi fruiti (ospedali, distretti sociosanitari e cup) online attraverso il portale istituzionale <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>.

Nella home page del portale aziendale c'è la sezione dedicata, "Esprimi la tua opinione", dove è possibile esprimere la valutazione sulla qualità della prestazione ricevuta nei Presidi ospedalieri, Servizi territoriali e Centri Unici di Prenotazione compilando un questionario dedicato, raggiungibile al link <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/esprimi-la-tua-opinione>.

Nel 2023 – 2025, il servizio "Esprimi la tua opinione" proseguirà.

La rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini avviene anche, a livello qualitativo, attraverso la gestione di segnalazioni/reclami che pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e che vengono rilevate anche attraverso i commenti e la posta sulla pagina istituzionale Facebook Azienda Sanitaria Locale Lecce.

Inoltre, con Deliberazione del C.S. n. 28/2023 è stato recepito il Protocollo di intesa stipulato fra il Dipartimento di Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia e Cittadinanzattiva Puglia, nonché l'istituzione del Tavolo aziendale con l'associazione Cittadinanzattiva - TDM che si riunirà con cadenza trimestrale per approfondire i risultati di monitoraggi civici, la verifica dei tempi effettivi di attesa e la individuazione di azioni di miglioramento, quale ulteriore tassello nella rilevazione della qualità percepita.

La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

L'ASL Lecce dal 2015 ha aderito, assumendone anche il ruolo di coordinamento, alla ricerca promossa da AGENAS e ARESS Puglia e intitolata "La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero della provincia di Lecce".

Dal 2017 la rilevazione è divenuta sistematica e viene effettuata annualmente. Il metodo utilizzato è quello della "Valutazione partecipata", che vede come valore fondante dell'intero processo il coinvolgimento dei cittadini quale parte attiva e garanti del rispetto e della correttezza dei dati raccolti. I cittadini sono coinvolti nelle varie fasi del processo:



- accesso al ciclo di valutazione;
- produzione delle informazioni;
- validazione dei dati raccolti in ciascuna struttura;
- restituzione pubblica dei dati;
- proposta dei piani di miglioramento;
- monitoraggio della realizzazione delle azioni di miglioramento proposte.

Lo strumento utilizzato è una check list che articola il concetto di “umanizzazione” in quattro aree:

- ◆ processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona;
- ◆ accessibilità fisica, vivibilità e comfort;
- ◆ accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- ◆ cura della relazione col paziente/cittadino.

La modalità di rilevazione si basa sulla consultazione di documenti o sull’osservazione diretta effettuata da una equipe che in ogni struttura è formata da volontari e operatori sanitari.

La rilevazione annuale ha interessato, nel triennio 2017 – 2019, tutte le 12 strutture di ricovero per acuti sia pubbliche (n. 6 Ospedali a gestione diretta) che private accreditate (n. 5 Case di Cura e l’Ospedale “G. Panico” di Tricase) che insistono sul territorio della Provincia di Lecce, registrando un graduale e continuo miglioramento dell’umanizzazione. Nel 2020-2022 non è stato possibile, a causa dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, procedere al consueto annuale monitoraggio del livello di umanizzazione dei Presidi ospedalieri, né è stato possibile dar seguito alla checklist predisposta per le strutture di riabilitazione.

Nel periodo 2023-25 si può prevedere, superato l'allarme pandemia, di riavviare i monitoraggi in tutte le strutture di ricovero.

Performance Organizzativa e promozione del Benessere dei lavoratori

Nella Asl di Lecce, l’Unità di Psicologia del Lavoro e del Benessere Organizzativo si occupa del benessere dei dipendenti e della gestione dei rischi psicosociali e, dando seguito alla Delibera Aziendale n. 916 del 21/06/2011: “Regolamento di gestione del fenomeno stress lavoro-correlato”, ha realizzato la Valutazione del rischio stress lavoro-correlato in tutta l’Azienda.



Le indagini sui rischi psicosociali rappresentano fondamentali strumenti per accrescere la performance di un'organizzazione, in quanto consentono una conoscenza maggiormente approfondita delle criticità esistenti e delle possibili azioni di miglioramento da mettere in atto.

Sulla base degli esiti dell'intero processo di valutazione dei rischi psicosociali, è stato possibile programmare, per alcune unità operative, specifiche azioni di miglioramento organizzativo e predisporre, per l'intera popolazione aziendale, delle misure di prevenzione e gestione dei predetti rischi.

Una di queste misure è rappresentata dallo "Sportello Ascolto", uno spazio di counseling e supporto psicologico riservato ai dipendenti che vivono una condizione di disagio in ambito lavorativo e che possono farne richiesta rivolgendosi direttamente all'Unità di Psicologia del Lavoro o tramite il medico competente (per la valutazione dell'idoneità). In tale spazio, nel pieno rispetto della privacy, vengono individuati quei fattori organizzativi/sociali/individuali che sono di ostacolo al benessere dell'individuo e i possibili percorsi di risoluzione.

Un'altra misura di promozione del benessere lavorativo è costituita dall'ambito formativo; l'Unità di Psicologia del Lavoro ha realizzato, nel corso degli anni e in collaborazione con l'Unità Operativa di Psicologia Clinica, un ampio percorso di formazione ECM rivolto ai dipendenti, focalizzato sulla gestione dei conflitti nei gruppi di lavoro e sullo stress lavorativo. La formazione ha altresì riguardato l'adeguata gestione e prevenzione della sindrome del burnout e delle molestie e violenze nei luoghi di lavoro.

Interventi di mediazione vengono di consuetudine realizzati in quelle unità operative che presentino un clima lavorativo conflittuale e/o teso e valutazioni dei rischi psicosociali vengono condotte in quelle strutture aziendali che abbiano criticità organizzative e/o gestionali, con l'obiettivo di fornire supporto al management e ai dipendenti.

Nel corso del 2023 sarà effettuato un aggiornamento della Valutazione del rischio stress lavoro-correlato sull'intera Azienda, facendo riferimento alla piattaforma metodologica approntata dall'INAIL e contestualizzata al settore sanitario.

3.5. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance

3.5.1. FASI, SOGGETTI E TEMPI DEL PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

La redazione del Piano della Performance è il risultato di un processo di condivisione che, sulla base degli indirizzi strategici definiti dalla Direzione Generale, coinvolge a cascata le direzioni delle macrostrutture aziendali, le direzioni dei dipartimenti e le direzioni delle U.O.C e



U.O.S.D., la dirigenza medica e non medica, il personale di comparto con funzioni di coordinamento e il restante personale.

3.5.2. COERENZA CON LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICO-FINANZIARIA E DI BILANCIO

Il Piano della Performance è stato sviluppato coerentemente con gli indirizzi contenuti nella Relazione del Direttore Generale allegata al Bilancio di Previsione 2023, nonché degli indirizzi regionali in materia sanitaria di programmazione economico finanziaria.

3.5.3. AZIONI PER IL MIGLIORAMENTO DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE

Su impulso dell'OIV 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.

La revisione del SMVP aziendale è stata avviata nell'anno 2019 con l'attuazione di un percorso formativo (6 edizioni) dedicato al nuovo modello per la valorizzazione e valutazione del personale, con il coinvolgimento di circa 400 dipendenti tra Direttori di struttura complessa, personale con incarico di coordinamento, organizzazioni sindacali.

Attualmente è in corso di revisione il SMVP che sarà oggetto di condivisione con le OO.SS. di categoria e adottato dalla Direzione Aziendale previo parere vincolante dell'OIV.



4. Rischi Corruttivi e Trasparenza

4.1. Premessa

Il presente Piano, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) della ASL di Lecce, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 385 del 14/04/2020, costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al D.L. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai “Rischi corruttivi e Trasparenza” per il triennio 2023-2025.

Per l’elaborazione della presente sezione del P.I.A.O. sono stati recepiti:

- ◆ gli Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022, approvati dal Consiglio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione in data 2 febbraio 2022;
- ◆ il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) approvato con deliberazione ANAC n. 7 del 17/1/2023.

La presente sezione del PIAO comprende quanto segue:

- la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell’ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l’Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se lo scopo della sua struttura organizzativa dell’Azienda possa influenzare l’esposizione al rischio corruttivo;
- la mappatura dei processi, per individuare le criticità con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- l’identificazione e valutazione dei rischi corruttivi;
- la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure;
- la programmazione dell’attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l’accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013



4.2. Processo di adozione del Piano

Per l'elaborazione del presente Piano sono stati coinvolti tutti i Dirigenti dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse, delle Strutture Semplici e gli Uffici di Staff alla Direzione Generale, ai fini dell'aggiornamento della mappatura dei processi/rischi/misure (monitoraggi di I livello).

Il presente Piano è stato oggetto di consultazione pubblica aperta a tutti gli stakeholders, al fine di consentire la formulazione di proposte di integrazione e contributi di aggiornamento rispondenti a specifiche esigenze. In tema di misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione, il presente aggiornamento del Piano vede, come punto di partenza, una rilevante ricognizione dello stato di attuazione delle misure raggiunto nel corso dell'anno, stabilendo un nuovo Piano delle Azioni, con i relativi Responsabili e tempi di completamento stimati.

In riferimento alle misure specifiche per la prevenzione della corruzione, è stata svolta un'attività di monitoraggio interno tramite riunioni da remoto, con la fattiva collaborazione dei Referenti del RPCT. L'attività di monitoraggio delle misure ha consentito di rilevare lo stato dell'arte sul livello di maturità del sistema di gestione della prevenzione della corruzione della ASL di Lecce, quale punto di partenza indispensabile per la programmazione delle misure nel triennio 2023-2025.

4.3. Obiettivi strategici

La ASL di Lecce, con l'adozione del presente Piano, in linea con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA 2022), si propone di migliorare la gestione delle misure di prevenzione del rischio con particolare attenzione alle aree mappate con un livello di rischio medio-alto, migliorando altresì il sistema ricognitivo dei processi e delle misure applicate dai referenti della prevenzione per la corruzione e la trasparenza attraverso l'utilizzo di un gestionale di tipo collaborativo.

Gli obiettivi su cui si fonda la strategia nazionale e declinati nel PNA vengono assunti come obiettivi strategici dello stesso Piano aziendale.

Tali obiettivi, al cui conseguimento concorrono tutti i dipendenti della ASL di Lecce, sono:

- ✓ Ridurre le opportunità che si manifestino eventi corruttivi;
- ✓ Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- ✓ Creare un contesto sfavorevole alla corruzione;
- ✓ Rafforzamento delle misure di controllo nell'ambito dei progetti PNRR



4.4. Coordinamento con gli Altri Strumenti di Programmazione

Il contenuto della presente sezione è integrato con il Piano delle Performance e con gli altri strumenti di programmazione annuale della ASL di Lecce, così come richiesto dalla normativa vigente. Il Piano della Performance sottolinea infatti come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all'attività propria della Struttura a cui sono preposti, ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione. In particolare è richiesto come obiettivo comune a tutte le Strutture aziendali l'attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione indicate nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (attuale sezione del PIAO).

4.5. Soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Lecce vengono di seguito individuati con rispettivi compiti e funzioni:

4.5.1. DIRETTORE GENERALE

- designa il responsabile (art. 1, comma 7, della l. n. 190);
- adotta il PTPCT e i suoi aggiornamenti
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii)

4.5.2. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE

Svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (art. 1 l. n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013), ed in particolare:

- elabora la proposta di piano della prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dal Direttore Generale della ASL (art. 1, comma 8, l. 190/2012); definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);



- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a);
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c);
- elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14);
- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi nell'amministrazione.

4.5.3. REFERENTI PER LA PREVENZIONE PER L'AREA DI RISPETTIVA COMPETENZA

- svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012), attuale sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO;
- considerata la complessità organizzativa dell'Azienda i Referenti sono individuati nei responsabili di tutte le articolazioni aziendali centrali e periferiche, con competenze di assicurare gli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

4.5.4. DIRIGENTI PER L'AREA DI RISPETTIVA COMPETENZA

- svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;



- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- assicurano la trasmissione tempestiva delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, nella sezione del sito web aziendale intitolata: “ Amministrazione trasparente”

4.5.5. O.I.V.

- partecipa al processo di gestione del rischio; considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);

4.5.6. UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI, U.P.D.

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento;

4.5.7. DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001);
- segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento);



4.5.8. COLLABORATORI E CONSULENTI, A QUALSIASI TITOLO (ANCHE GRATUITO), DELL'AMMINISTRAZIONE

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito al RPCT (art. 8 Codice di comportamento).

E' onere e cura del Responsabile della prevenzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del PTPCT

4.5.9. NETWORK REGIONALE DEGLI RPCT

Il Network Sanità è stato istituito dalla Regione Puglia, con D.G.R. n. 48 del 23/01/2018, quale strumento strategico per confronto e scambio di esperienze tra la Regione e gli Enti e Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

4.5.10. GRUPPO DI LAVORO PIAO

Apposito gruppo di lavoro costituito per lo svolgimento delle attività di analisi integrata ed elaborazione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) di cui all'art. 6 del D.lgs 80/2021 e s.m.i., con l'apporto delle competenze delle varie Strutture organizzative interessate dalle Sezioni tematiche del PIAO.

4.6. Modello Organizzativo

Per le indicazioni ed i contenuti informativi relativi al "Modello "Organizzativo" si rimanda rispettivamente al paragrafo "Il contesto interno - Generalità sulla struttura organizzativa" ed al paragrafo "Struttura Organizzativa".

4.7. Valutazione impatto del Contesto interno

L'analisi del contesto interno è stata condotta in considerazione degli esiti dei monitoraggi effettuati nel corso dell'anno 2022. I Referenti del RPCT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate, attraverso riunioni on-line e l'inserimento delle informazioni acquisite (monitoraggio semestrale I livello) all'intero di un sistema software centralizzato.

I vari processi sono stati inquadrati in aree di rischio con l'indicazione del Responsabile e la descrizione del processo e delle fasi rilevanti per la valutazione del rischio corruttivo.



In particolare, sono state considerate le seguenti Aree a rischio:

4.7.1. ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

4.7.2. AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

4.7.3. PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO



4.7.4. PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

Nell'aggiornamento assunto con determinazione n. 12/2015 l'ANAC individua per la Sanità diverse Aree a rischio e per ognuna vengono delineate le procedure e le prassi ideali per scongiurare il rischio di corruzione e illegalità. Queste le aree a rischio individuate:

1. Contratti pubblici;
2. Incarichi e nomine;
3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
4. Controlli, verifiche ispezioni e sanzioni;
5. Attività libero professionale e liste di attesa;
6. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
7. Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);
8. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Nel corso dell'anno 2022 sono stati mappati ed analizzati 227 processi aziendali. Per dettagli sulla mappatura processi/rischi/misure si rinvia al documento "Allegato B) – Analisi dei rischi (2023-2025)", reso disponibile sul sito internet istituzionale, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/altri-contenuti-corruzione>.

L'analisi del contesto interno, caratterizzata da un elevato numero di dipendenti distribuito su differenti sedi e strutture comporta un innalzamento del livello di esposizione al rischio corruttivo, pur rilevando una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione. Pertanto, le peculiari caratteristiche organizzative, la carenza di personale qualificato, gli eventi corruttivi degli ultimi anni, impongono la previsione di ulteriori misure di mitigazione nel triennio 2023-2025, con particolare riferimento ai progetti PNRR.

4.8. Valutazione impatto del Contesto esterno

L'inquadramento del contesto esterno presuppone un'attività attraverso la quale è possibile far emergere le notizie e le informazioni necessarie all'individuazione dei fattori di rischio corruttivo che possono impattare sull'Azienda, in virtù delle molteplici specificità dell'ambiente, eventualmente collegate alle Strutture territoriali, alle dinamiche sociali, economiche e culturali, nonché alle caratteristiche organizzative interne aziendali. 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 stakeholders pubblici e privati con cui si deve con-



frontare, nonché per l'articolazione organizzativa dei servizi a gestione diretta in fase di profonda revisione conseguente al riordino della rete ospedaliera.

4.8.1. CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

Per l'analisi delle caratteristiche Socio-Demografiche si rimanda al paragrafo "Contesto geodemografico"

4.9. Criminalità

I riscontri giudiziari relativi alla provincia di Lecce hanno messo in evidenza nuove modalità organizzative delle associazioni mafiose che evolvendosi verso forme "imprenditoriali" attuano un più sottile e strategico processo di azione. La grande capacità di adattamento ha permesso infatti alle consorterie leccesi di addentrarsi con scaltrezza nella situazione di precarietà e di insicurezza economica causata dalla crisi sanitaria da COVID-19 passando da metodi di diretta prevaricazione a modalità di infiltrazione economiche volte a favorire relazioni di scambio e collusioni nei mercati legali, "condizione che consente il reimpiego del denaro provento dei traffici delittuosi e il sempre maggior controllo delle attività costituenti il tessuto economico locale". Queste le parole del Questore di Lecce che ha evidenziato come le associazioni mafiose salentine sembrano "adottare una strategia finalizzata al reinserimento di personaggi di spicco, reduci da più o meno lunghi periodi carcerari, nell'economia e nelle società legali cercando di fornire loro una ricostituita immagine di imprenditori o lavoratori".

La criminalità organizzata leccese sempre alla ricerca di più ampi margini di consenso estende i propri tentacoli del malaffare non solo nel tessuto socio-economico ma anche in quello della pubblica amministrazione. Lo testimoniano i numerosi provvedimenti interdittivi emessi dal Prefetto di Lecce nel semestre di riferimento e in passato gli scioglimenti degli enti locali interessati da condizionamenti mafiosi che compromettono il buon andamento e l'imparzialità dell'attività comunale.

L'interazione della ASL di Lecce con molteplici soggetti esterni, aventi interessi differenti consente, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come "alto" il rischio corruttivo in particolar modo per i seguenti attori:

- Operatori economici
- Imprese esecutrici di lavori pubblici
- Consulenti e collaboratori
- Componenti Commissioni bandi di gara, concorsi e di invalidità
- Aziende farmaceutiche e Sponsor



I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

- conflitto di interessi
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- violazione del codice appalti
- violazione del segreto d'ufficio
- pilotaggio di procedure istituzionali per favoritismi personali
- alterazione dei tempi di attesa
- elusione di regolamenti e norme per interessi personali

Un contesto esterno con pressioni della criminalità, obbliga La ASL di Lecce a rafforzare le proprie misure di mitigazione soprattutto per evitare, in un contesto economico-sociale vulnerabile, che le ingenti risorse finanziarie e le misure di sostegno a favore delle imprese, in ragione anche del PNRR, siano intercettate dalla criminalità organizzata locale. Inoltre, occorre anche attrezzarsi per evitare di collaborare, magari in modo ignaro, al riciclaggio, nell'economia legale, di proventi da attività illecite e quindi all'inquinamento dei rapporti economici e socio-politici.

4.10. **Analisi del Rischio**

L'individuazione delle Aree di rischio è stata effettuata tenendo conto della metodologia proposta dal Piano nazionale anticorruzione. Si è quindi proceduto con riferimento alle diverse aree:

- ◆ alla mappatura dei processi,
- ◆ alla valutazione dei rischi per ciascun processo,
- ◆ alla individuazione delle misure di prevenzione esistenti e/o da implementare per ridurre la probabilità del rischio.

Per ciascuna area di rischio, vengono indicati i processi, le priorità di intervento, i rischi specifici, le strutture coinvolte, le misure esistenti e le eventuali necessità di adeguamento/revisione.

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019 e successivo PNA 2022.



Sono stati individuati cinque criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata fatta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

Discrezionalità	
Processo con alta discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, ecc)	Alto
Processo parzialmente vincolato (presenza di leggi o di atti amministrativi)	Medio
Processo totalmente vincolato	Basso
Rilevanza esterna e valore economico	
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico alto	Alto
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico basso	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico alto	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico basso	Basso
Efficacia controlli	
Misure applicate ma da implementare	Alto
Misure applicate ma alcune da implementare	Medio
Misure correttamente applicate	Basso
Presenza di segnalazioni in realtà simili	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Basso
Presenza di segnalazioni	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi nell'azienda	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi nell'azienda	Basso

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori, non può essere la media dei singoli indicatori, ma deve essere il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si è data rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un "alert" per la gestione del rischio corruttivo e portano i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro "intrinseca rischiosità".

Nel triennio 2023-2025 seguirà il perfezionamento della rilevazione delle fasi e delle attività dei processi sensibili nelle seguenti aree di rischio:

- ◆ Contratti pubblici
- ◆ Attività libero professionale
- ◆ Rapporti contrattuali con privati accreditati



- ◆ Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- ◆ Acquisizione del Personale
- ◆ Vigilanza, controlli ed ispezioni
- ◆ Assistenza protesica
- ◆ Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa
- ◆ Utilizzo beni aziendali
- ◆ Farmaceutica
- ◆ Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici
- ◆ Incarichi a soggetti esterni

4.11. Ponderazione del Rischio

L'obiettivo della ponderazione del rischio è, come precisato dall'ANAC, di «agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione».

Pertanto, dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo si è proceduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi. Per far ciò si precisa che i processi sono stati considerati più o meno a rischio secondo la tabella di valutazione di seguito riportata.

Livello di rischio	Classificazione e identificazione del rischio
Basso	Rischio ACCETTABILE Il rischio è sostanzialmente controllato; la pesatura ha evidenziato un adeguato livello di prevenzione e delle misure organizzativa già poste in essere.
Medio	Rischio INTERMEDIO Il rischio è parzialmente non controllato. Il sistema preventivo deve essere implementato. Fondamentale il controllo nel tempo dell'effettiva prevenzione.
Alto	Rischio ELEVATO Il rischio è sostanzialmente non controllato. L'Azienda deve adottare misure ulteriori.



L'ASL di Lecce ha adottato un sistema informatizzato centralizzato per il governo del sistema anticorruptivo, per assicurare una migliore qualità dei processi rilevati e garantire la tracciabilità ed il monitoraggio costante delle attività poste in essere dai Referenti del RPCT, in attuazione del Piano e delle relative misure di prevenzione. Il sistema informatizzato consente di aggregare le informazioni di rischio come segue:

- ◆ per area, consentendo di identificare le aree maggiormente a rischio ed intervenire
- ◆ prioritariamente su di esse;
- ◆ per rischio: permettendo di conoscere i rischi più diffusi ed operare trasversalmente sui medesimi;
- ◆ per Struttura organizzativa: per conoscere i punti di maggiore sensibilità organizzativa su cui porre particolare attenzione.

Per approfondimenti è possibile consultare la seguente documentazione pubblicata sul sito internet istituzionale all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/altri-contenuti-corruzione> ed ai seguenti allegati:

- ◆ Allegato B) – Analisi dei rischi (2023-2025)
- ◆ Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2023-2025)
- ◆ Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2023-2025)

4.12. Misure di Prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio corruttivo sono state individuate le misure di prevenzione (trasversali e specifiche) inserite nel registro dei rischi all'interno del gestionale aziendale all'uopo implementato. Per ciascuna area di rischio sono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa.

Il principio per decidere la nuova applicazione o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio è quello del rapporto costo-efficacia, ossia il cercare di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Nei successivi capitoli sono rendicontate le misure generali applicate dall'ASL di Lecce per la mitigazione del rischio corruttivo.

Per dettagli sul trattamento dei rischi e monitoraggi delle misure si rinvia agli allegati pubblicati sul sito internet istituzionale, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/altri-contenuti-corruzione>



4.13. Monitoraggio e Riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico delle misure di prevenzione costituiscono una fase importante del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure definite nonché il complessivo funzionamento del processo stesso.

Il monitoraggio dei processi già mappati avviene attraverso incontri/interviste/audit on-site con i referenti interni degli uffici aziendali. Sono verificati i livelli di attuazione, attraverso l'analisi degli indicatori con i risultati attesi e raggiunti, registrando eventuali scostamenti e relative criticità. Il monitoraggio è attuato con frequenza semestrale secondo il principio di gradualità.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica (monitoraggio di II livello) la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione (monitoraggio di I livello) attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

4.14. Codici di Comportamento

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Codice di Comportamento – attuazione e monitoraggio periodico	Misura attuata	Numero provvedimenti disciplinari per violazione del codice (su base annuale)	RPCT, Direzione Generale, UPD, Direttore Area Gestione del Personale, Direttori di Struttura

In attuazione di quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D. Lgs. n. 165 del 2001, questa ASL, a cura del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, di concerto con il Presidente dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché della Direzione Strategica, ha definito, secondo gli indirizzi individuati dalle linee guida emanate dalla CIVIT con Delibera n. 75 del 24/10/2013, un proprio Codice di comportamento che integra le previsioni del Codice approvato con D.P.R n.62 del 16 aprile 2013.

Al fine di adempiere alle disposizioni di legge in ordine all'adozione definitiva del Codice di comportamento aziendale, in data 27 gennaio 2014 è stata avviata una procedura aperta alla partecipazione degli stakeholders interni ed esterni mediante la pubblicazione sul sito web istituzionale dell'azienda di una bozza del suddetto Codice con l'invito a tutti i soggetti interessati di far pervenire, entro il 15 febbraio 2014, proposte e/o suggerimenti utili alla stesura definitiva del documento.



A conclusione del processo di partecipazione su descritto, la Direzione Generale ha provveduto all'adozione del Codice di comportamento aziendale per i dipendenti e collaboratori con deliberazione n. 1778 del 22 ottobre 2014.

Nel 2016 l'Azienda ha aderito al Codice nazionale di comportamento "Le Ali", su proposta della Rete nazionale dell'integrità di "Illuminiamo la salute" per la valorizzazione dei codici di comportamento delle aziende sanitarie.

In attuazione di quanto previsto dal decreto legge cosiddetto 'Pnrr 2' (dl n. 36/2022), il Consiglio dei Ministri ha adottato uno schema di DPR che integra gli elementi costitutivi della Milestone M1C1-58, del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), di riforma della Pubblica amministrazione. In esso è prevista la integrazione dei Codici di Comportamento delle Pubbliche amministrazioni, secondo tali orientamenti:

- la responsabilità attribuita al dirigente per la crescita professionale dei collaboratori, e per favorirne le occasioni di formazione e le opportunità di sviluppo, nonché l'espressa previsione della misurazione della performance dei dipendenti anche sulla base del raggiungimento dei risultati e del loro comportamento organizzativo;
- l'espressa previsione del divieto di discriminazione basato sulle condizioni personali del dipendente, quali ad esempio orientamento sessuale, genere, disabilità, etnia e religione;
- la previsione che le condotte personali dei dipendenti realizzate attraverso l'utilizzo dei social media non debbano in alcun modo essere riconducibili all'amministrazione di appartenenza o lederne l'immagine ed il decoro. Particolare attenzione viene dedicata anche al rispetto dell'ambiente, per contribuire alla riduzione del consumo energetico, della risorsa idrica. Tra gli obiettivi anche la riduzione dei rifiuti e il loro riciclo.

Pertanto, l'Azienda assume l'impegno di aggiornare il proprio Codice di comportamento entro giugno 2023:

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Aggiornamento del Codice di Comportamento alla luce dello Schema di DPR in attuazione di quanto previsto dal decreto legge cosiddetto 'PNRR 2' (dl n. 36/2022)	Misura da attuare entro il 30 giugno 2023	Modifica del Codice di Comportamento	RPCT, Direzione Generale, UPD, Direttore Area Gestione del Personale, Direttori di Struttura



4.15. Rotazione del Personale

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento aziendale sulla rotazione e attuazione Piano della rotazione pluriennale	Misura in essere	Rotazioni attuate/Rotazioni previste da Piano (> 70%)	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Generale - Direzione Area Personale - Responsabile della prevenzione della corruzione

Il quadro normativo di riferimento attribuisce alla rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione una valenza fondamentale per la prevenzione della corruzione. Come specificato nel P.N.A., l'attuazione della misura richiede la preventiva identificazione delle strutture che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Dalla valutazione dei rischi, è emerso che le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione sono quelle relative all'affidamento di lavori, servizi e forniture, al reclutamento del personale (concorsi, mobilità, incarichi ai dipendenti), alle attività di vigilanza, controllo e ispezione, nonché l'attività delle Commissioni mediche per il riconoscimento delle invalidità, per le quali tratteremo un capitolo a parte. Con riferimento all'assetto organizzativo della ASL di Lecce, i processi afferenti alle aree a più elevato rischio di corruzione coinvolgono in particolare le Strutture di seguito indicate:

Aree di rischio	Strutture aziendali
Affidamento di lavori, servizi e forniture	Area Gestione del Patrimonio Area Gestione Tecnica Direzioni Amministrative dei PP.OO.
Attività di vigilanza, controllo e ispezione	Dipartimento di Prevenzione Distretti Sociosanitari Servizio Sociosanitario



	Servizio Convenzioni Dipartimento di salute mentale Dipartimento di riabilitazione Dipartimento dipendenze patologiche
Reclutamento del personale, concorsi, mobilità, incarichi temporanei	Area gestione del Personale
Composizione delle commissioni per il riconoscimento delle invalidità	Dipartimento di prevenzione

Al fine di pervenire alla piena attuazione della rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione è necessario disciplinare la materia con l'adozione di un regolamento aziendale all'interno del quale vengano regolamentate le seguenti azioni previste dal P.N.A.

- ◆ l'individuazione, con il coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, delle modalità di attuazione della rotazione, in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, mediante adozione di criteri generali;
- ◆ la definizione dei tempi di rotazione;
- ◆ per quanto riguarda il conferimento degli incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere stabilito dal Regolamento aziendale, previa concertazione sindacale;
- ◆ l'identificazione di una base di professionalità per lo svolgimento delle attività proprie di ciascun ufficio o servizio a rischio di corruzione; il livello di professionalità indispensabile è graduato in maniera differente a seconda del ruolo rivestito nell'unità organizzativa (responsabile o addetto);
- ◆ il coinvolgimento del personale destinato alla rotazione, in percorsi di formazione, anche mediante sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori;
- ◆ lo svolgimento di formazione ad hoc, con attività preparatoria di affiancamento, per il dirigente neo-incaricato e per i collaboratori addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.



L'attuazione della misura comporta che:

- per il personale dirigenziale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, la durata dell'incarico deve essere fissata al limite minimo legale; per il personale non dirigenziale, la durata di permanenza nel settore deve essere prefissata da ciascuna amministrazione secondo criteri di ragionevolezza, preferibilmente non superiore a 5 anni, tenuto conto anche delle esigenze organizzative;
- per il personale dirigenziale, alla scadenza dell'incarico la responsabilità dell'ufficio o del servizio deve essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente;
- in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'amministrazione ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'amministrazione:
 - per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001;
 - per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. l quater;
 - per le categorie di personale di cui all'art. 3 del d.lgs. n. 165 del 2001 applica le misure cautelari previste nell'ambito di ciascun ordinamento e, salvo disposizioni speciali, l'art. 3 della l. n. 97 del 2001;
- l'applicazione della misura va valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità;
- l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche;
- nel caso di impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale, a causa di motivati fattori organizzativi, l'amministrazione pubblica applica la misura al personale non dirigenziale, con priorità dei responsabili del procedimento.

La Direzione Generale aziendale ha provveduto alla redazione di specifico Regolamento per la rotazione degli incarichi dirigenziali e del comparto, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2925 del 14/05/2018.



4.16. Astensione per conflitto di interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Gestione dei conflitti di interesse	Parzialmente attuata	% verifiche sulle segnalazioni effettuate su base annuale	RPCT e Referenti interni

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce con il dovere del dipendente ad agire in conformità con l'interesse dell'amministrazione per cui opera. Ai sensi dell'art. 6-bis della L. n. 241/90, così come introdotto dall'art.1, comma 41, della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi, in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale, ai loro superiori gerarchici. I Dirigenti inoltrano la segnalazione al Direttore Generale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

Di seguito si fornisce un elenco dei principali obblighi e divieti:

- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90; legge n. 190/2012 art. 3 comma 2, art. 6 comma 2, art. 7 DPR 62/2013).
- Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90, legge n. 190/2012 art. 6 comma 2 e art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di verifica e di istruzioni da parte del superiore al subordinato in caso di rilevazione di conflitto di interessi (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di vigilanza e controlli sull'assenza di conflitto di interessi da parte dei Dirigenti responsabili, delle posizioni organizzative e dei coordinatori (art. 1 comma 9 legge n. 190/2012).



- Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 DPR n. 62/2013)
- Disposizioni specifiche sugli appalti (art. 42 d.lgs. 50/2016)
- Art. 14 DPR n. 62/2013
- Obbligo a carico di ciascun dipendente, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, di informare per iscritto il Dirigente dell'ufficio stesso di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati, in qualunque modo retribuiti, che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo del Dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare all'Area gestione del Personale le partecipazioni azionarie e gli interessi finanziari che possono porre in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (art. 13 DPR n. 62/2013).
- Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) di far parte di commissioni per l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001).
- Divieto di far parte di commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche e sindacali.
- Art. 51 c.p.c.
- Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del codice di comportamento, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi (art. 16 DPR n. 62/2013).

Si ravvisano casi di conflitto di interesse, anche nelle seguenti ipotesi:

- (A) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo, o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;



- (b) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;
- (c) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria;
- (d) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato.

In tutte le sopraindicate ipotesi di conflitto di interesse, il dipendente ha l'obbligo di presentare con cadenza annuale all'Area gestione del Personale una dichiarazione sostitutiva di atto notorio ai sensi di cui al D.P.R. 445/2000 e s.m.i.

I dati così acquisiti avranno in ogni caso carattere riservato, nel rispetto di quanto previsto in materia di tutela della privacy.

Durante l'anno 2022 l'Ufficio Anticorruzione non ha ricevuto segnalazioni di sussistenza di conflitto di interessi da parte del personale dipendente aziendale.

Misure da attuare	Responsabile	Tempi	Indicatori
Azioni di informazione sui contenuti del Codice di comportamento aziendale.	- Responsabile della prevenzione della corruzione; - Direttore Area Gestione del Personale	Decorrenza dalla modifica del Codice di Comportamento aziendale	N. e tipologia di azioni intraprese

4.17. Dichiarazione Pubblica di Interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Dichiarazione pubblica di interessi	In Itinere	% dichiarazioni pubbliche sottoscritte rispetto al totale dei professionisti di area sanitaria ed amministrativa	RPCT e Direzione Generale



		interessati	
--	--	-------------	--

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), l'ASL di Lecce intende acquisire le "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas, entro dicembre 2023.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

- Prima Sezione - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- Seconda Sezione - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- Terza Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- Quarta Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".
- Quinta Sezione - "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".

Le informazioni rilevate potranno essere utilizzate per l'attivazione di controlli *ex ante* e/o *ex post* in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione "trasparente" delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli dei direttori di struttura ospedaliera, della Farmacutica, della Ricerca e della Sperimentazione Clinica.

4.18. Incarichi extra-istituzionali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	Monitoraggio costante delle richieste Previsione di verifiche a campione	% verifiche sulle richieste autorizzative	RPCT e Responsabili interni

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario, può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi. Per questi motivi, la L. n. 190 del 2012 è intervenuta a modificare anche il



regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici, contenuto nell'art. 53 del D.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii., in particolare prevedendo che:

- ◆ l'Azienda ha adottato specifico regolamento per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali; infatti, l'art. 53, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001, come modificato dalla l. n. 190 del 2012, prevede che "In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".
- ◆ in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 7, del d.lgs. n. 165 del 2001, le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali; l'istruttoria circa il rilascio dell'autorizzazione va condotta in maniera molto accurata, tenendo presente che talvolta lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali costituisce per il dipendente un'opportunità, in special modo se dirigente, di arricchimento professionale utile a determinare una positiva ricaduta nell'attività istituzionale ordinaria; ne consegue che, al di là della formazione di una black list di attività precluse, la possibilità di svolgere incarichi va attentamente valutata anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente;
- ◆ il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (comma 12); in questi casi, l'amministrazione deve comunque valutare tempestivamente (entro 5 giorni dalla comunicazione, salvo motivate esigenze istruttorie) l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico; continua comunque a rimanere estraneo al regime delle autorizzazioni e comunicazioni l'espletamento degli incarichi espressamente menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi, pertanto, non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione;
- ◆ il regime delle comunicazioni al Dipartimento della Funzione pubblica avente ad oggetto gli incarichi, si estende anche agli incarichi gratuiti, con le precisazioni sopra indicate; secondo quanto previsto dal comma 12 del predetto art. 53, gli incarichi auto-



rizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito, dalle pubbliche amministrazioni debbono essere comunicati al dipartimento in via telematica entro 15 giorni; per le modalità di comunicazione dei dati sono fornite apposite indicazioni sul sito www.perlapa.gov.it nella sezione relativa all'anagrafe delle prestazioni;

E' disciplinata esplicitamente (art. 7 bis) un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebitamente percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti.

4.19. Pantouflage

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Anti-pantouflage	Misura attuata	% verifiche sulla presenza clausole anti-pantouflage in bandi di gara e contratti	RPCT e Referenti interni

La Legge n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito, durante l'attività lavorativa, situazioni da sfruttare a proprio vantaggio in ordine alla sua posizione all'interno dell'amministrazione, per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale, con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.lgs n.165/2001, così come inserito dalla lettera l) del comma 42 dell'art. 1 della L. 6 novembre 2012, n. 190, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego.

I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D. Lgs. n. 165/2001 e dell'art. 21 del D. Lgs. 39/2013, la ASL di Lecce adotta le seguenti misure:



- nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- i soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento;
- si agirà in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.lgs. n.165/2001;

Misure da attuare	Responsabile	Tempi	Indicatori
Informativa, all'atto della cessazione dal servizio, sui contenuti dell'art. 16-ter D.Lgs. 165/2001	- Direttore Area Personale	All'atto della cessazione del servizio del singolo dipendente	Ricevuta per presa visione sottoscritta dal dipendente.
Acquisizione in fase di stipula/rinnovo di contratto di affidamento lavori, servizi e forniture, di autocertificazione rilasciata dal contraente sull'assenza di personale in organico rientrante nella fattispecie prevista dalla norma (c. 16-ter, art. 53, D.Lgs 165/2001).	- Direttori/responsabili delle strutture che stipulano contratti con soggetti terzi per l'affidamento di lavori, servizi e forniture.	Prima della stipula e/o rinnovo del contratto	Autocertificazioni prodotte

Durante il monitoraggio delle misure applicate per l'anno 2022 sono state verificate a campione le clausole inserite negli atti di gara, senza rilevare criticità.



4.20. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Attestazioni di inconferibilità ed incompatibilità	Monitoraggio continuo Previsione di verifiche a campione	Numero attestazioni disponibili su totale previsto su base annuale	RPCT

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle Pubbliche Amministrazioni si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190". L'Autorità Nazionale per la Prevenzione della Corruzione (ANAC) con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 ha fornito l'interpretazione in merito all'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.

In particolare, la delibera stabilisce che "le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le Aziende Sanitarie devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".

Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art. 53 del d.lgs n. 165/ 2001.

Come previsto dai commi 5, 7, 9 e 14 dell'art. 53 del D. Lgs. 165/2001, così come modificati dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri dipendenti, l'Azienda verificherà l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale.

In fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2022, sono state rilevate le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità con particolare riferimento al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo, altresì effettuando controlli interni senza rilevare alcuna criticità.



Misure da attuare	Responsabile	Tempi	Indicatori
Trasmissione delle attestazioni di incompatibilità dei Dirigenti da pubblicare in Amministrazione Trasparente	Dirigenza	annuale	Presenza attestazioni su AT (SI)
Informativa, all'atto della cessazione dal servizio, sui contenuti dell'art. 16-ter D.Lgs. 165/2001	Direttore Area Personale	All'atto della cessazione del servizio del singolo dipendente	Ricevuta per presa visione sottoscritta dal dipendente.
Acquisizione in fase di stipula/rinnovo di contratto di affidamento lavori, servizi e forniture, di autocertificazione rilasciata dal contraente sull'assenza di personale in organico rientrante nella fattispecie prevista dalla norma (c. 16-ter, art. 53, D.Lgs 165/2001).	- Direttori/responsabili delle strutture che stipulano contratti con soggetti terzi per l'affidamento di lavori, servizi e forniture. - Responsabile della prevenzione della corruzione.	Prima della stipula e/o rinnovo del contratto	Autocertificazioni prodotte

4.21. **Formazione di Commissioni e assegnazione agli Uffici**

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento interno per formazione Commissioni di gara	Attuata	Presenza di Regolamento	Area gestione del patrimonio – Area gestione tecnica
Regolamento interno per formazione Commissioni di concorso	In itinere	Assenza di Regolamento	Area Gestione del Personale

Con la nuova normativa sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.lgs. n. 165 del 2001 e ss.mm.ii, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgi-



mento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

La norma in particolare prevede:

1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:
 - non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
 - non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
 - non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.
2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari."

Inoltre, il D.lgs. n. 39 del 2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3). Tale disciplina ha come destinatari le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

Si segnalano i seguenti aspetti rilevanti:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale di primo grado);
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui siano titolari di posizioni organizzative);



- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il RPCT effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso è rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

4.22. Commissioni per l'accertamento delle invalidità

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Indicazione puntuale dei requisiti di ammissione alle Commissioni mediche per l'accertamento delle invalidità, attraverso l'adozione di un Regolamento che ne disciplini anche il funzionamento	In corso di Adozione	Presenza/assenza di Regolamento	RPCT – Direzione Generale – Dipartimento di prevenzione

Al fine di assicurare la massima trasparenza nel processo di affidamento degli incarichi, è prevista l'adozione di regole precise e condivise sui seguenti punti:

- cause di incompatibilità ed inconferibilità, ai sensi del D. Lgs 39/2013 e ss.mm.ii e nel rispetto delle direttive ANAC;
- elencazione delle ipotesi di conflitto di interessi che escludano l'ammissione alla selezione;
- indicazione delle ipotesi di decadenza automatica dall'incarico;
- rotazione automatica dei componenti e, ove possibile, dei segretari;
- dichiarazione di trasparenza dei componenti nominati, accompagnata da *curricula*;



- trasparenza di tutte le procedure di convocazione, ammissione, nomina, curriculum, esclusione dei candidati, attraverso la creazione, sul sito web, di una sezione dedicata intitolata "Commissioni per riconoscimento invalidità";
- predisposizione di modulistica unica relativa alle dichiarazioni da rendere, ad ogni seduta, da parte dei componenti.

Al fine di assicurare la rotazione degli incarichi secondo le indicazioni contenute nella L. 190/2012 e ss.mm.ii sulla prevenzione della corruzione e dell'illegalità, la ASL di Lecce predispone bandi pubblici per l'acquisizione della disponibilità, debitamente pubblicizzata sul sito internet istituzionale.

Indicatore possibile ai fini del monitoraggio periodico annuale:

- Responsabile per la prevenzione della corruzione acquisisce, dal Responsabile della Struttura competente, una relazione annuale inerente la verifica dell'obiettivo da condursi mediante acquisizione dell'elenco dei MMG presenti in Commissione e dell'elenco dei pazienti valutati in due giornate prese a campione; tali nominativi devono essere poi confrontati con l' "Anagrafe Assistiti" e deve essere verificata la presenza / assenza di paziente visitato in Commissione dal MMG che lo assiste.
- Il risultato di tale verifica, da condurre due volte l'anno su ciascuna delle Commissioni per l'accertamento delle invalidità, deve essere attestato dal Responsabile del Dipartimento competente, congiuntamente ai Direttori delle Aree Distrettuali Socio Sanitarie, in una relazione indirizzata al Responsabile per la prevenzione della corruzione, che rendiconta altresì il numero delle eventuali astensioni volontarie poste in essere dai MMG componenti / Presidenti delle Commissioni per conflitto di interesse dichiarato.
- Verifica, a campione, dell'orario di durata delle sedute (come da verbale) con l'attestazione informatica delle presenze, da parte dei componenti (anche esterni) e dei segretari.

4.23. Tutela del Whistleblower

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Segnalazione illeciti	Misura attuata	% segnalazioni effettuate dai dipendenti	RPCT

L'art. 1, comma 51, della legge 190/2012 ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del d.lgs. n. 165 del 2001 ess.mm.ii, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il c.d. *whistleblower*. Si tratta di una disciplina che introduce una misura di



tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

Il nuovo art. 54 bis prevede che:

- 1) Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.
- 2) Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.
- 3) L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.
- 4) La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni."

La disposizione pone tre norme:

- la tutela dell'anonimato;
- il divieto di discriminazione nei confronti del *whistleblower*;
- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis d.lgs. n. 165 del 2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante.

La misura al momento individuata dalla ASL di Lecce consiste nell'utilizzo di un modello di segnalazione, divulgato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, reso noto a tutto il personale aziendale tramite circolare interna.

L'ASL di Lecce, previa adozione di Regolamento interno sul Whistleblowing, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 810 del 30/01/2019 avente ad oggetto "Regolamento sul Whistleblowing - Procedura per le segnalazioni di illeciti ed irregolarità da parte dei dipendenti della Asl di Lecce", ha provveduto all'implementazione di un sistema informatico cen-



tralizzato per la gestione delle segnalazioni degli illeciti a garanzia dell'anonimato del dipendente segnalante, nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla Legge n. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato".

Nel corso dell'anno 2022 il RPCT non ha ricevuto alcuna segnalazione di illeciti attraverso il portale web dedicato al whistleblowing.

4.24. Formazione

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Formazione aziendale	In attuazione	Verifica registri partecipanti Numero corsi e numero partecipanti sul totale degli invitati	RPCT - Area Formazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione. Infatti, una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- l'attività amministrativa è svolta da soggetti consapevoli: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le



modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;

- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

Le attività formative proseguiranno in linea con il nuovo fabbisogno formativo rilevato a livello aziendale ed in linea con gli aggiornamenti normativi nazionali e regionali.

Per quanto riguarda le attività di sensibilizzazione rivolte alla società civile, la ASL di Lecce prevede l'organizzazione della giornata della trasparenza rilevando suggerimenti ed osservazioni da tutti gli stakeholder interessati, pubblicando l'avviso anche sul sito internet istituzionale.

4.25. Patti di Integrità

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Patto di integrità	Misura attuata	% presenza patto di integrità nelle procedure di gara (100%)	RUP nell'ambito dell'affidamento di lavori-servizi-forniture

La ASL di Lecce in data 9 ottobre 2012 ha sottoscritto con la Prefettura di Lecce, le altre stazioni appaltanti della provincia di Lecce (Comuni, Università, Istituto case popolari, Provincia di Lecce, Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura), le Associazioni di categoria degli imprenditori, il Protocollo di intesa "La rete dei responsabili della legalità negli appalti pubblici" con lo scopo di formalizzare le intese volte alla realizzazione del preminente interesse sociale allo sviluppo della cultura della legalità e della trasparenza nel settore degli appalti pubblici e di salvaguardare da eventuali tentativi di condizionamento, pressione o infiltrazione mafiosa, l'attività delle stazioni appaltanti nella esecuzione dei lavori di competenza.

Con la sottoscrizione del suddetto protocollo, successivamente rivisto e rinnovato alla luce delle disposizioni di cui alla L. 190/2012, la ASL di Lecce si impegna, come stazione appaltan-



te, a rispettare le disposizioni ivi contenute e ad inserire nei bandi e disciplinari di gara specifiche clausole antimafia, utilizzando altresì uno schema di patto di integrità.

4.26. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Diffusione mediante il sito web istituzionale delle iniziative intraprese	Misura attuata	Numero pubblicazioni sul sito web istituzionale	RPCT
Conferenza dei Servizi	Misura Attuata		URP – Comunicazione Istituzionale

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave in questo contesto può essere svolto dagli U.R.P., che rappresentano per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza.

4.27. Monitoraggio dei tempi procedurali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Informatizzazione dei processi tramite censimento dei procedimenti, delle singole fasi che li compongono, dei soggetti incaricati.	Misura in Itinere	Avvio procedura informatizzata Statistiche su procedimenti monitorati	Direzione Generale - Responsabile della prevenzione della corruzione - Direttori/Responsabili macro strutture aziendali



In attuazione delle disposizioni di cui all'art. 1, c. 9, lett. d, della Legge 190/2012, il Piano deve individuare le azioni necessarie a garantire il monitoraggio interno del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

Al fine di rendere efficace il suddetto monitoraggio è indispensabile procedere alla informatizzazione dei processi aziendali introducendo un gestore dei workflow documentali in maniera da istruire la singola pratica, gestirne il ciclo di vita inserendo la stessa in un "fascicolo virtuale" attivato per ogni macro settore di attività istituzionale.

Nelle more dell'avvio e messa a regime della informatizzazione dei processi su descritta, il monitoraggio avverrà a campione sulle pratiche già istruite.

4.28. Monitoraggio dei rapporti con Soggetti esterni

L'art. 1, c. 9, lett. e, della Legge 190/2012, prevede il monitoraggio dei rapporti tra amministrazione/soggetti con i quali sono stati stipulati contratti, interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici, ai fini della verifica di eventuali relazioni di parentela o affinità con i dipendenti.

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Monitoraggio a campione sui rapporti tra amministrazione /soggetti terzi.	Misura Attuata	Statistiche su monitoraggio effettuato.	Direttori/Responsabili macro strutture aziendali.

4.29. Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del Piano

Il monitoraggio sull'implementazione delle misure previste nel presente Piano avviene mediante un sistema informatizzato di reportistica alimentato dai Referenti, come in precedenza individuati, che consente al Responsabile per la prevenzione della corruzione di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

Il sistema di reportistica consente la raccolta degli elementi utili alla predisposizione della relazione del Responsabile della prevenzione sull'attività svolta.

Per dettagli si rinvia all' "Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2022"



4.30. Responsabile R.A.S.A.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Nomina RASA	attuata	SI	RPCT

L'individuazione del RASA è intesa come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Il RASA è il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante ASL di Lecce.

Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici ex Dlgs 50/2016.

La ASL di Lecce, con deliberazione n. 2679 del 16 dicembre 2018 ha individuato quale RASA il dirigente amministrativo dott. Cosimo Dimastrogiovanni.

4.31. Società partecipate

Al fine di realizzare un'azione di prevenzione integrata tra i diversi soggetti che svolgono funzioni e attività amministrative, anche strumentali, la società in house "Sanitaservice ASL LE s.r.l. Unipersonale" nomina il proprio Responsabile per la prevenzione della corruzione e adotta il modello di organizzazione e gestione di cui all'art. 6 del d.lgs. n. 231 del 2001, finalizzato anche alla prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi con il seguente contenuto minimo:

- individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione, incluse quelle previste nell'art. 1, comma 16, della l. n. 190 del 2012, valutate in relazione al contesto, all'attività e alle funzioni dell'ente;
- previsione della programmazione della formazione, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio di corruzione;
- previsione di procedure per l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione al rischio di fenomeni corruttivi;
- individuazione di modalità di gestione delle risorse umane e finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- previsione dell'adozione di un Codice di comportamento per i dipendenti ed i collaboratori, che includa la regolazione dei casi di conflitto di interesse per l'ambito delle funzioni ed attività amministrative;
- regolazione di procedure per l'aggiornamento;



- previsione di obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;
- regolazione di un sistema informativo per attuare il flusso delle informazioni e consentire il monitoraggio sull'implementazione del modello da parte dell'amministrazione vigilante;
- introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

Con riferimento all'adozione del Codice di comportamento si precisa che il Codice di Comportamento adottato dalla ASL LE è esteso, per quanto compatibile, alla società in house "Sanitaservice ASL LE S.r.l. Unipersonale", fermo restando in capo all'Amministratore Unico il potere/dovere di assumere provvedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti della medesima società in house.

Con Delibera del Commissario straordinario n° 173 del 07/09/2022 è costituito il Nucleo Operativo per il controllo analogo sulla società in house Sanitaservice con il compito di controllo e monitoraggio delle attività della stessa.

Misure da attuare	Stato Attuazione	Indicatori	Responsabili
Aggiornamento e pubblicazione del MOG 231	Misura Adottata	Presenza modello di organizzazione e gestione con misure integrative anticorruptive (SI)	<ul style="list-style-type: none"> - Amministratore Unico - Socio Unico (Direttore Generale) - Direttori delle Aree (Personale, Patrimonio e Risorse) coinvolte nel controllo analogo

4.32. Gestore segnalazioni UIF

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Nomina gestore UIF e regolamentazione	Misura attuata	Presenza regolamento antiriciclaggio (SI)	RPCT



Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, l'ASL di Lecce ha designato il Gestore UIF approvando il Regolamento interno in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, giusta deliberazione n. 388 del 18/03/2021.

4.33. Referente Monitoraggio Opere Pubbliche

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Monitoraggio degli interventi mediante l'inserimento dei dati richiesti nel portale del MEF (BDAP)	Misura Attuata	Aggiornamento portale BDAP (SI)	Referente AGT

Ai sensi della Legge n.196/2009 è stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP) in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica.

Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, l'ASL di Lecce ha provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal decreto legislativo n. 229/2001, designando il referente interno dell'Area Gestione Tecnica.

4.34. Sponsorizzazioni

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Sponsorizzazioni	Misura Adottata	Adozione regolamento	RPCT - Direzione

Così come evidenziato dall'ANAC nel PNA aggiornamento 2015 con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi. In considerazione delle numerose relazioni intercorrenti tra i



soggetti che a vario titolo intervengono nei processi decisionali, sono attuate ulteriori misure quali:

- ◆ attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi
- ◆ dichiarazioni pubbliche di interessi su modello Agenas

L'ASL di Lecce ha adottato con D.C.S. n° 29 del 20/01/2023 uno specifico Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni in generale.

4.35. Attività conseguenti al decesso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Attività conseguenti al decesso	Misura Attuata	presenza elenchi per PP.OO.	Direzioni PP.OO.
Regolamento sulle attività conseguenti al decesso intraospedaliero	Misura da adottare entro il 2023	Presenza/Assenza del regolamento	RPCT – Direzioni Mediche ed Amministrative di Presidio Ospedaliero

I servizi funebri rappresentano, in generale, una delle aree a rischio anche in considerazione dei numerosi casi di corruzione nazionali che hanno coinvolto dipendenti di aziende sanitarie e ditte esterne.

L'ASL di Lecce prevede l'affissione, nelle camere mortuarie dei presidi ospedalieri, dell'elenco delle ditte operanti ed autorizzate ad operare, aventi sede nel territorio, dal quale eventualmente i cittadini interessati potranno scegliere, senza interferenze eventuali da parte del personale aziendale. I dipendenti sono informati del divieto di segnalare ditte esterne e di procacciare affari per conto di imprese funebri, in linea con le disposizioni contenute nel vigente Codice comportamentale aziendale.

4.36. Donazioni e Comodati d'Uso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Donazioni e comodati d'uso	Misura attuata	Regolamento	RPCT - Direzione Generale



Programmazione triennale	2022	2023	2024
	Monitoraggio	Monitoraggio	Monitoraggio

L'ASL di Lecce presta particolare attenzione alle modalità di ingresso delle tecnologie, all'interno dell'Azienda, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento, come ad esempio le donazioni di Terzi. In tale fase di transizione verso le procedure di approvvigionamento aggregate in capo alle centrali di committenza/soggetti aggregatori, sulla base di quanto previsto dal nuovo Codice dei Contratti Pubblici, è possibile che il ricorso a tali modalità diventi sempre più elevato.

L'ASL di Lecce, nel corso dell'anno 2021, ha adottato uno specifico Regolamento per l'accettazione di donazioni di beni mobili/immobili e per l'acquisizione di beni mobili in comodato d'uso gratuito ed in prova/visione, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n.1027 del 23/12/2021

4.37. Gestione ALPI e Liste di attesa

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
ALPI e liste di attesa	Misura Attuata	Numero Regolamentazioni adottate	RULA - Direzione Generale

In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, l'ASL di Lecce ha adottato, con deliberazione del Direttore Generale n. 612 del 06 dicembre 2011, uno specifico Regolamento aziendale per lo svolgimento delle attività A.L.P.I., ove sono disciplinate le attività *intramoenia* del personale aziendale.

L'ASL di Lecce, nel corso dell'anno 2021, ha provveduto all'aggiornamento del Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria del personale dirigente dell'Area Sanità, giusta deliberazione del Direttore Generale n.633 del 22/07/2021.

**4.38. Gestione attività di informazione scientifica**

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamentazione attività di informazione scientifica	Da attuare entro dicembre 2023	Adozione Regolamento (SI)	RPCT - Direzione Sanitaria

L'ASL di Lecce prevede di adottare, entro l'anno 2022, uno specifico Regolamento sulle attività di informazione scientifica volto a:

- Definire e applicare le misure necessarie ad assicurare che l'attività di informazione scientifica presso le articolazioni organizzative dell'ASL di Lecce, avvengano secondo principi di legalità, eticità, trasparenza e correttezza, nel rispetto delle regole stabilite dalla vigente normativa, nazionale e regionale in materia per favorire il miglioramento dell'assistenza fornita ai cittadini, dell'appropriatezza e dell'uso razionale del farmaco, dei dispositivi medici e di altri prodotti farmaceutici e sanitari;
- Assicurare la correttezza delle prescrizioni mediche in base alle procedure aziendali;
- Garantire l'imparzialità delle decisioni nell'ambito di procedure di gara per forniture di medicinali /dispositivi medici / altri prodotti sanitari e l'indipendenza del giudizio in merito alle prescrizioni di farmaci e/o all'utilizzo dei dispositivi medici, protesici, diagnostici, dietetici, vaccini, ecc;
- Garantire il rispetto del Codice di Comportamento aziendale e dei Codici Deontologici dei vari Ordini Professionali in merito all'informazione scientifica e al conflitto d'interessi.

4.39. Accesso agli Atti

L'Azienda ha in animo di aggiornare il Regolamento sul diritto di accesso (adottato con delibera 790 del 5/3/2009 come modificato dalla delibera 2564 del 31/7/2009) alla luce delle modifiche intervenute nel corso degli anni.

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamentazione su accesso agli atti ai sensi della L. 241/90 e ac-	Da attuare entro dicembre 2023	Adozione Regolamento (SI)	RPCT – Affari generali



cesso civico semplice e
generalizzato (FOIA)

4.40. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, l'ASL di Lecce, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute". La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento Regionale è avvenuta con nota n. 169043 del 12 novembre 2021, così come integrata in data 28 gennaio 2022.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

- Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;
- Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
- Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
- Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

Nell'ambito dei progetti PNRR sono previste ulteriori misure di prevenzione della corruzione tra cui:

- (A) gli aspetti amministrativo-contabili, con particolare riguardo alla tracciabilità dei flussi finanziari e ai controlli antifrode con particolare riguardo ai controlli antimafia, in relazione al "titolare effettivo" dell'appaltatore (anche in forma di Raggruppamento Temporaneo di Imprese – RTI) e dell'eventuale subappaltatore;
- (B) il rispetto del divieto di doppio finanziamento;
- (C) la verifica dell'assenza di conflitto di interesse dei soggetti a vario titolo coinvolti nelle fasi di attuazione del PNRR-PNC;



- (D) gli obblighi di trasparenza e rendicontazione;
- (E) la compatibilità del programma dei pagamenti del PNRR-PNC con i relativi stanziamenti di cassa del bilancio e con l'obbligo di garantire un fondo di cassa non negativo al 31 dicembre di ogni esercizio;
- (F) gli obblighi di conservazione e tenuta documentale di tutti gli atti;
- (G) la tipologia di procedura di affidamento della spesa;
- (H) il rispetto dei tempi assegnati di raggiungimento dei target e dei milestones e la coerenza con i cronogrammi di spesa e con il bilancio aziendale.

Con D.C.S. n.155 del 01/09/2022 è costituito il Gruppo di Lavoro PNRR con funzione di coordinamento degli interventi aziendali di programmazione e attuazione delle missioni assegnate alla ASL di Lecce

4.41. Trasparenza Amministrativa

La trasparenza costituisce uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione in quanto consente forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Attraverso la trasparenza l'amministrazione viene orientata ad operare in maniera eticamente corretta e a perseguire obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità, valorizzando l'*accountability* con i cittadini.

La Legge n. 190/2012 ha previsto che la trasparenza dell'attività amministrativa, "*che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione*" sui siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni delle informazioni rilevanti stabilite dalla legge.

Con il d.lgs. n. 33 del 2013, modificato ed integrato dal decreto legislativo 97/2016, è stata rafforzata la qualificazione della trasparenza intesa, già con il D.lgs. n. 150 del 2009, come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni. Il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge è garantito, con riferimento alla "comunicazione", dai dirigenti responsabili delle macro strutture dell'ASL di Lecce. La pubblicazione è effettuata dall'Ufficio Prevenzione della corruzione e della Trasparenza aziendale presso la UOSD Affari Generali.

Per dettagli sugli obblighi di pubblicazione ai sensi del Decreto Trasparenza (d.lgs 33/13 e s.m.i.) e dei Responsabili della comunicazione e della trasmissione dei dati in Amministrazione Trasparente si rinvia all'Allegato F) – Obblighi di trasparenza 2023-2025”.



4.42. Attuazione del Regolamento UE 2016/679

A seguito dell'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» l'ASL di Lecce ha designato il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali con definizione dell'organigramma Privacy e attribuzioni di compiti e funzioni, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 4083 del 05/07/2019. Il RPCT ed il DPO (Data Protection Officer) nell'ambito delle funzioni loro assegnate sono tenuti a collaborare. Infatti per le situazioni in cui è necessario garantire la protezione dei dati personali, il RPCT può richiedere, se ritenuto necessario, il supporto del Responsabile della Protezione dei Dati.

4.43. Allegati

I seguenti documenti nella forma di allegati sono resi disponibili sul sito internet istituzionale, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/altri-contenuti-corruzione>:

- Allegato B) – Analisi dei rischi (2023-2025)
- Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2023-2025)
- Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2023-2025)
- Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2022
- Allegato F) – Obblighi di trasparenza 2023-2025
- Allegato G) – Obblighi di trasparenza CONTRATTI 2023-2025

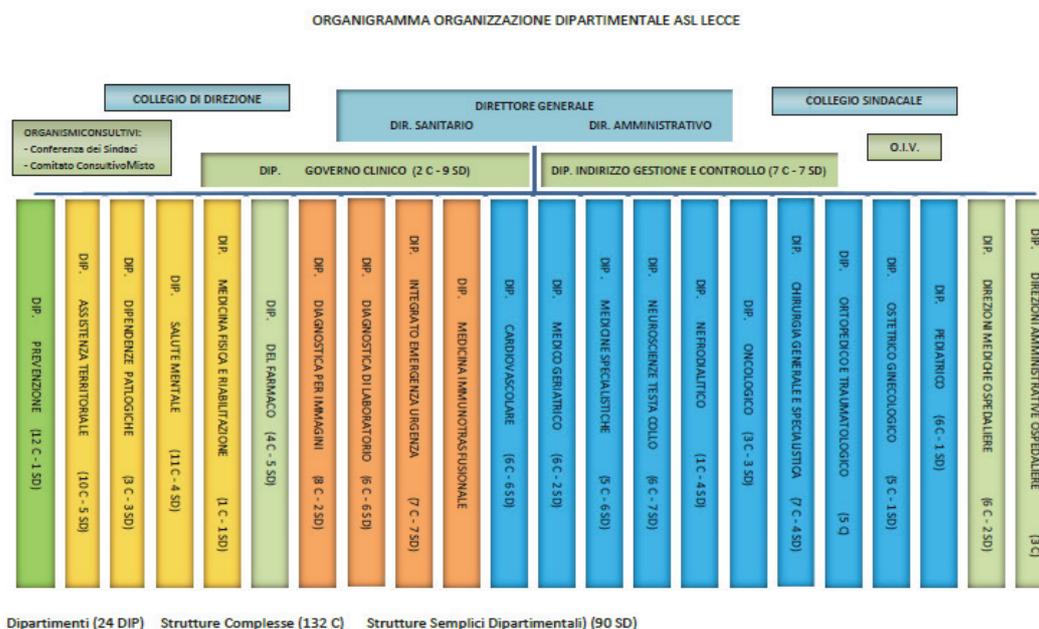


5. Organizzazione e Capitale Umano

5.1. Struttura Organizzativa

Con Deliberazione DG n. 303 del 21 aprile 2021, successivamente integrata con DDG n. 937 del 12 novembre 2021, è stata adottata la nuova Organizzazione Dipartimentale ASL LE e contestuale il "Regolamento generale della Organizzazione Dipartimentale".

La nuova organizzazione aziendale è strutturata in 24 dipartimenti come riportato nella figura seguente:



Di seguito si riporta il dettaglio per singolo Dipartimento dei Centri di Responsabilità individuati nelle Unità Operative Complesse (U.O.C.) e Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale (U.O.S.D.)



5.1.1. DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Cardiochirurgia	
Ospedale Lecce	Chirurgia Vascolare	
Ospedale Lecce	Cardiologia	
Ospedale Lecce		Terapia Intensiva Cardiovascolare
Ospedale Lecce		Emodinamica
Ospedale Lecce		Elettrofisiologia Cardiologica
Ospedale Gallipoli	Cardiologia	
Ospedale Scorrano	Cardiologia	
Ospedale Scorrano		Coordinamento Centri Spoke
Ospedale Galatina		Cardiologia con PL in Medicina
Ospedale Casarano		Cardiologia
Ospedale Copertino	Cardiologia con riabilitazione cardiologica	

5.1.2. DIPARTIMENTO MEDICO - GERIATRICO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Medicina Interna	
Ospedale Gallipoli	Medicina Interna	
Ospedale Scorrano	Medicina Interna	
Ospedale Galatina	Medicina Interna	
Ospedale Casarano	Medicina Interna	



Ospedale Casarano		Geriatria
Ospedale Copertino	Medicina Interna	
Ospedale Copertino		Geriatria

5.1.3. DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Pneumologia	
Ospedale Lecce		UTIR
Ospedale Lecce	Gastroenterologia	
Ospedale Lecce	Malattie Infettive	
Ospedale Lecce		Malattie Endocrine
Ospedale Lecce		Reumatologia
Ospedale Lecce		Dermatologia Allergologia
Ospedale Lecce		Dietetica e Nutrizione clinica
Ospedale Scorrano	Gastroenterologia	
Ospedale Gallipoli		Pneumologia
Ospedale Galatina	Malattie Infettive	

5.1.4. DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE TESTA COLLO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Neurochirurgia	
Ospedale Lecce	Neuroradiologia	
Ospedale Lecce	Otorino	



Ospedale Lecce		Chirurgia Maxillo Facciale
Ospedale Lecce		Odontoiatria e Stomatologia
Ospedale Lecce	Oculistica	
Ospedale Lecce		Day service Oculistico – integrazione Ospedale – Territorio
Ospedale Lecce	Neurologia	
Ospedale Lecce		Stroke Unit Lecce
Ospedale Casarano	Neurologia	
Ospedale Gallipoli		Otorino
Ospedale Gallipoli		Oculistica
Ospedale Scorrano		Otorino

5.1.5. DIPARTIMENTO NEFRODIALITICO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Nefrologia e Dialisi	
Ospedale Scorrano		Nefrologia Dialisi
Ospedale Gallipoli		Nefrologia Dialisi
Ospedale Galatina		Nefrologia Dialisi
Ospedale Casarano		Nefrologia Dialisi

5.1.6. DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Oncologia	
Ospedale Lecce	Ematologia	



Ospedale Lecce		Screening Oncologici
Ospedale Gallipoli	Oncologia	
Ospedale Scorrano		Oncologia con p.l. dedicati
Ospedale Casarano		Oncologia con p.l. dedicati

5.1.7. DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Chirurgia Toracica	
Ospedale Lecce	Chirurgia Generale	
Ospedale Lecce		Week Surgery chirurgica
Ospedale Lecce		Endoscopia Interventistica
Ospedale Lecce		Chirurgia Plastica
Ospedale Lecce	Urologia	
Ospedale Gallipoli	Chirurgia Generale	
Ospedale Scorrano	Chirurgia Generale	
Ospedale Casarano	Chirurgia Generale	
Ospedale Casarano		Urologia
Ospedale Copertino	Chirurgia Generale	

5.1.8. DIPARTIMENTO ORTOPEDICO E TRAUMATOLOGICO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Ortopedia Traumatologia	
Ospedale Gallipoli	Ortopedia Traumatologia	



Ospedale Scorrano	Ortopedia Traumatologia	
Ospedale Casarano	Ortopedia Traumatologia	
Ospedale Copertino	Ortopedia Traumatologia	

5.1.9. DIPARTIMENTO OSTETRICO GINECOLOGICO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Ostetricia Ginecologia	
Ospedale Lecce		Procreazione Medicalmente Assistita PMA
Ospedale Lecce	UTIN	
Ospedale Gallipoli	Ostetricia Ginecologia	
Ospedale Scorrano	Ostetricia Ginecologia	
Ospedale Galatina	Ostetricia Ginecologia	

5.1.10. DIPARTIMENTO PEDIATRICO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Pediatria	
Ospedale Lecce		Reumatologia e immunologia pediatrica
Ospedale Lecce	Chirurgia Pediatrica	
Ospedale Lecce	Oncoematologia Pediatrica	
Ospedale Gallipoli	Pediatria	
Ospedale Scorrano	Pediatria	
Ospedale Galatina	Pediatria	



5.1.11. DIPARTIMENTO INTEGRATO EMERGENZA URGENZA

• MACRO STRUTTURA	• U.O.C.	• U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Pronto Soccorso	
Ospedale Lecce	Anestesia Rianimazione	
Ospedale Gallipoli	Pronto Soccorso	
Ospedale Gallipoli	Anestesia Rianimazione	
Ospedale Scorrano	Pronto Soccorso	
Ospedale Scorrano	Anestesia Rianimazione	
SEU 118	Centrale Operativa 118	
Ospedale Casarano		Pronto Soccorso
Ospedale Casarano		Anestesia e Rianimazione
Ospedale Copertino		Pronto Soccorso
Ospedale Copertino		Anestesia e Rianimazione
Ospedale Galatina		Pronto Soccorso
Ospedale Galatina		Anestesia e Rianimazione

5.1.12. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Laboratorio Analisi	
Ospedale Lecce		Microbiologia e Virologia
Ospedale Lecce	Genetica Medica	
Ospedale Lecce	Anatomia Patologica	



Ospedale Gallipoli	Laboratorio Analisi	
Ospedale Gallipoli	Anatomia Patologica	
Ospedale Scorrano	Laboratorio Analisi	
Ospedale Casarano		Laboratorio Analisi
Ospedale Copertino		Laboratorio Analisi
Ospedale Galatina		Laboratorio Analisi
Ospedale Galatina		Biologia Molecolare
Distretto S.S. Lecce		Laboratorio Analisi Territoriale

5.1.13. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

• MACRO STRUTTURA	• U.O.C.	• U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Radiologia	
Ospedale Lecce	Medicina Nucleare	
Ospedale Lecce	Radioterapia	
Distretto S.S. Lecce	Radiologia Territoriale	
Ospedale Gallipoli	Radiologia	
Ospedale Scorrano	Radiologia	
Ospedale Casarano	Radiologia	
Ospedale Copertino	Radiologia	
Ospedale Galatina		Radiologia
Ospedale Lecce		Fisica Sanitaria



5.1.14. DIPARTIMENTO DEL FARMACO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Farmacia Ospedaliera	
Ospedale Gallipoli	Farmacia Ospedaliera	
Ospedale Scorrano	Farmacia Ospedaliera	
Ospedale Casarano		Farmacia Ospedaliera
Ospedale Copertino		Farmacia Ospedaliera
Ospedale Galatina		Farmacia Ospedaliera
Area Farmaceutica	Farmacia Territoriale	
Distretto S.S. Lecce		Farmacia Distrettuale Area Nord
Distretto S.S. Maglie		Farmacia Distrettuale Area Sud

5.1.15. DIPARTIMENTO MEDICINA IMMUNOTRASFUSIONALE

• MACRO STRUTTURA	• U.O.C.	• U.O.S.D.
Ospedale Lecce	SIMT	
Ospedale Gallipoli		Servizio Trasfusionale

5.1.16. DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Distretto S.S. Lecce	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Lecce		Hospice



Distretto S.S. Lecce		Ginecologia
Distretto S.S. Lecce		Cardiologia
Distretto S.S. Lecce		Diabetologia ed endocrinologia
Distretto S.S. Campi Salentina	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Nardò	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Martano	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Galatina	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Maglie	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Poggiardo	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Gallipoli	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Casarano	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Casarano		Home Care di Terzo livello Aziendali e Cure Domiciliari e Assistenza Intermedia
Distretto S.S. Gagliano del Capo	Direzione Distretto	

5.1.17. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Dipartimento di Prevenzione	SISP - Lecce	
Dipartimento di Prevenzione	SISP - Maglie	
Dipartimento di Prevenzione	SIAN - Lecce	
Dipartimento di Prevenzione	SIAN - Maglie	
Dipartimento di Prevenzione	SPESAL - Lecce	
Dipartimento di Prevenzione	SPESAL - Maglie	



Dipartimento di Prevenzione	SIAV A - Lecce	
Dipartimento di Prevenzione	SIAV A - Maglie	
Dipartimento di Prevenzione	SIAV B - Lecce	
Dipartimento di Prevenzione	SIAV B - Maglie	
Dipartimento di Prevenzione	SIAV C - Lecce	
Dipartimento di Prevenzione	SIAV C - Maglie	
Dipartimento di Prevenzione		Articolazione Provinciale ASL Lecce del Centro di Osservazione Monitoraggio degli Infortuni di Lavoro e delle Malattie Professionali (COMIMP)

5.1.18. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Dipartimento Salute Mentale	CSM Lecce	
Dipartimento Salute Mentale	CSM Campi Salentina	
Dipartimento Salute Mentale	CSM Nardò - Galatina	
Dipartimento Salute Mentale	CSM Calimera Maglie Poggiardo	
Dipartimento Salute Mentale	CSM Casarano – Gallipoli	
Dipartimento Salute Mentale	Neuropsichiatria Infantile	
Dipartimento Salute Mentale	Psicologia Clinica	



Dipartimento Salute Mentale		CSM Gagliano del Capo
Dipartimento Salute Mentale		Centro psicoterapia dell'infanzia e adolescenza (CEPSIA)
Dipartimento Salute Mentale		Centro Disturbi Alimentari (DCA)
Dipartimento Salute Mentale		Psichiatria penitenziaria e forense
Ospedale Lecce	SPDC	
Ospedale Scorrano	SPDC	
Ospedale Casarano	SPDC	
Ospedale Galatina	SPDC	

5.1.19. DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Dip. Dipendenze Patologiche	Sez. Dipartimentale Lecce	
Dip. Dipendenze Patologiche	Sez. Dipartimentale Casarano	
Dip. Dipendenze Patologiche	Sez. Dipartimentale Maglie	
Dip. Dipendenze Patologiche		Ser. D. Copertino
Dip. Dipendenze Patologiche		Doppia Diagnosi- Gallipoli
Dip. Dipendenze Patologiche		Ser. D. Galatina



5.1.20. DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale San Cesario	Medicina Fisica e Riabilitazione	
Ospedale San Cesario		Recupero e Riabilitazione
Ospedale Galatina		Recupero e Riabilitazione
Ospedale Lecce		Recupero e Riabilitazione Funzionale
Lecce	Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione	
Lecce		Foniatría e Riabilitazione Disturbi Comunicazione

5.1.21. DIPARTIMENTO GOVERNO CLINICO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Governo Clinico	UOSE	
Governo Clinico	Pneumologia Territoriale	
Governo Clinico		SPPA
Governo Clinico		Ufficio Medico Competente
Governo Clinico		Psicologia del Lavoro e Benessere organizzativo
Governo Clinico		Rischio Clinico
Governo Clinico		Malattie Rare
Governo Clinico		Direzione Professioni Sanitarie
Governo Clinico		Comunicazione Informazione Istituzionale/URP



Governo Clinico		Ufficio Formazione
Governo Clinico		Centro Unico di Prenotazione Cup Aziendale

5.1.22. DIPARTIMENTO INDIRIZZO GESTIONE E CONTROLLO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Direzione Aziendale	Area Socio – Sanitaria	
Direzione Aziendale	Controllo di Gestione	
Direzione Aziendale	Struttura Burocratico Legale	
Direzione Aziendale		Affari Generali
Direzione Aziendale		Sistemi Informativi Aziendali
Direzione Aziendale		Amministrazione Digitale, Sicurezza e Privacy
Direzione Aziendale		Servizio Ingegneria Clinica
Direzione Aziendale		Accreditamento e Ingegneria dei Processi
Area Gestione Patrimonio	Area Gestione Patrimonio	
Area Gestione Personale	Area Gestione Personale	
Area Gestione Risorse Finanz.	Area Gestione Risorse Finanziarie	
Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica	
Area Gestione Tecnica		Manutenzione ordinaria strutture edilizie e impianti tecnologici, reti telematiche
Distretto S.S. Lecce		Coordinamento Servizi Amministrativi



5.1.23. DIPARTIMENTO DIREZIONI AMMINISTRATIVE OSPEDALIERE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Direzione Amministrativa	
Ospedale Gallipoli - Casarano	Direzione Amministrativa	
Ospedale Scorrano - Galatina - Copertino	Direzione Amministrativa	

5.1.24. DIPARTIMENTO DIREZIONI MEDICHE OSPEDALIERE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Direzione Medica	
Ospedale Gallipoli	Direzione Medica	
Ospedale Scorrano	Direzione Medica	
Ospedale Casarano	Direzione Medica	
Ospedale Copertino	Direzione Medica	
Ospedale Galatina	Direzione Medica	
Ospedale Lecce		Psicologia Ospedaliera
Ospedale Lecce		Servizio di prevenzione e sorveglianza sanitaria -Medico Competente P.O. 1-



6. Organizzazione del Lavoro Agile

6.1. Premessa interpretativa

Al fine di evitare ambiguità interpretative, all'interno del presente documento, si utilizza il concetto di "lavoro agile" associandolo ad una attività – effettuata, in remoto, con o senza l'utilizzo di strumentazione tecnologica -, realizzata dal lavoratore agile, in forma indipendente ma vincolata a tempi di lavoro e di reperibilità.

Questa definizione è differente da quanto associabile al concetto di "smart working" laddove, per il lavoratore, non esistono vincoli di sorta per l'effettuazione dell'attività atta al raggiungimento degli obiettivi concordati con l'Azienda.

6.2. Premessa Organizzativa ed Operativa

Il continuo mutare delle condizioni di contorno impone una prassi organizzativa ed operativa adeguatamente elastica da rendere realmente efficace la "Organizzazione del Lavoro Agile" all'interno dell'Azienda.

In tale direzione l'implementazione tecnologica ed organizzativa dell'insieme dei Sistemi Informativi e delle Misure di Sicurezza applicate agli stessi, rendono possibile l'utilizzo della totalità delle applicazioni aziendali da remoto.

L'interezza della documentazione predisposta, pur in assenza del richiesto elenco di attività "smartabili", deve essere interpretata ed applicata come la migliore implementazione aziendale del Lavoro Agile realmente sostenibile.

6.3. Normativa e Regolamentazione di riferimento

- **Legge 124 del 7 agosto 2015 (Legge Madia) Art. 14** "Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"
- **Direttiva 3 del 1 giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri** recante Indirizzi per l'attuazione dei commi 1 e 2 dell'art. 14 della L. 124/2015 e Linee guida contenenti regole inserenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti
- **Legge 81 del 22 maggio 2017 Capo II Lavoro agile**
- **Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017** ad oggetto "Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative"
- **Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017** ad oggetto "Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l'attuazione dell'art 14 della legge 7/8/2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti"
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020 Art. 2 Lavoro agile**



- **Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto “Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid 19 nelle PPAA di cui all’art.1 D., Lgs 165/2001” - Art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa”
- **Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020** della Presidenza del Consiglio dei Ministri ad oggetto “Misure recate dal D.L. n. 18/2020 recante “Misure di potenziamento del S.S.N. e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da Covid 19” – Art. 2 “Le misure dell’art. 87 del DL n. 18/2020 in materia di prestazione lavorativa”
- **Direttiva 3/2020 del 5 maggio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell’evolversi della situazione epidemiologica da parte delle Pubbliche Amministrazioni” – Art. 2 “Le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nella fase due” e Art. 3 “Monitoraggio e misure organizzative di incentivazione del lavoro agile”
- **D.L. 34 del 18 maggio 2020** ad oggetto “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché alle politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19” - Art. 90 “Lavoro agile” e Art. 263 “Disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile”
- **Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020** che modifica l’allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l’inserimento del SARS-CoV-2 nell’elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell’uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione
- **Legge 77 del 17 luglio 2020:** Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19
- **Circolare 3/2020 del 24 luglio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri:** Indicazioni per il rientro in sicurezza sui luoghi di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni
- **Protocollo quadro “Rientro in sicurezza”** del Ministro per la Pubblica Amministrazione-Organizzazioni Sindacali del 24 luglio 2020
- **Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020:** Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili
- **D.L. 83 del 30 luglio 2020:** Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020
- **Circolare dei Ministri del Lavoro e politiche sociali e della Salute del 4 settembre 2020:** “Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020 recante “Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS- CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività”. Aggiornamenti e chiarimenti con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici “fragili”
- **D.L. 111 del 8 settembre 2020:** Disposizioni urgenti per far fronte a indifferibili esigenze finanziarie e di sostegno per l'avvio dell'anno scolastico, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19
- **Delibera del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020:** Proroga dello stato di emergenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili
- **D.L. 125 del 7 ottobre 2020** ad oggetto “Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid 19 per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l’attuazione della Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020”
- **Legge n. 126 del 13 ottobre 2020** di conversione del D.L. 104/2020
- **DPCM 13 ottobre 2020:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
- **DPCM 18 ottobre 2020:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modifica-



zioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»

- **Decreto del Ministro per la P.A. del 19 ottobre 2020:** Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale
- **DPCM del 24 ottobre 2020:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
- **DPCM del 3 novembre 2020:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
- **Legge n. 159 del 27 novembre 2020** di conversione del D.L. 125 del 7 ottobre 2020 ad oggetto "Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid 19 per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020"
- **Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)** e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, Dicembre 2020 versione 1.0
- **Decreto del Ministro per la P.A. del 23 dicembre 2020:** Proroga delle disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante «Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale»
- **Decreto Legge 31 dicembre 2020, n. 183** (c.d. Decreto "Mille Proroghe"), recante "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, di realizzazione di collegamenti digitali, di esecuzione della decisione (UE, EURATOM) 2020/2053 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, nonché in materia di recesso del Regno Unito dall'Unione Europea"
- **Decreto Legge 30 Aprile 2021, n. 56,** "Accesso al lavoro agile con procedura semplificata"
- **DPCM 23 settembre 2021** "Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni."
- **LEGGI 25 febbraio 2022, n. 15** Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, recante disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (Decreto Mille Proroghe)

6.4. Ambito Soggettivo di Applicazione

L'articolo 1, comma 5, del decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione recante modalità organizzative per il rientro in presenza dei lavoratori delle pubbliche amministrazioni, individua l'ambito soggettivo di applicazione delle misure previste dal predetto decreto - tra le quali rientrano quelle per l'accesso al lavoro agile – per il personale dipendente delle amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

6.5. Ambito Oggettivo di Applicazione

L'articolo 1, comma 3 del medesimo decreto stabilisce alcuni vincoli generali di cui tener conto per il ricorso al lavoro agile. In particolare:

- a) invarianza dei servizi resi all'utenza



- b) adeguata rotazione del personale autorizzato alla prestazione di lavoro agile, con prevalenza per ciascun lavoratore del lavoro in presenza
- c) adozione di appositi strumenti tecnologici idonei a garantire l'assoluta riservatezza dei dati e delle informazioni trattati durante lo svolgimento del lavoro agile
- d) la necessità per l'amministrazione della previsione di un piano di smaltimento del lavoro arretrato, ove accumulato
- e) la fornitura di idonea dotazione tecnologica al lavoratore
- f) la stipula dell'accordo individuale di cui all'articolo 18, comma 1, della legge 22 maggio 2017, n. 81, cui spetta il compito di definire:
- g) gli specifici obiettivi della prestazione resa in modalità agile:
 - I. le modalità ed i tempi di esecuzione della prestazione
 - II. le modalità ed i criteri di misurazione della prestazione medesima, anche ai fini del proseguimento della modalità della prestazione lavorativa in lavoro agile
- h) il prevalente svolgimento in presenza della prestazione lavorativa dei soggetti titolari di funzioni di coordinamento e controllo, dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti
- i) la rotazione del personale in presenza ove richiesto dalle misure di carattere sanitario

6.6. Obiettivi del Lavoro Agile

Con il lavoro agile la Azienda Sanitaria di Lecce intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

- a) aumento della produttività e qualità del lavoro
- b) acquisizione di capacità di utilizzo di strumenti lavorativi a distanza
- c) riduzione delle assenze dal servizio
- d) risparmi economici in termini di emolumenti correlati alla prestazione di lavoro in presenza fisica e risorse logistiche obiettivo da ottenersi anche attraverso la riprogettazione degli spazi di lavoro
- e) miglioramento dell'equilibrio fra vita professionale e privata
- f) maggiore senso di responsabilizzazione rispetto agli obiettivi di struttura e individuali



- g) maggiore applicazione di flessibilità nell'organizzare le attività lavorative anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con gli strumenti tradizionali di collaborazione
- h) maggiore soddisfazione dell'organizzazione del proprio lavoro
- i) maggior benessere organizzativo
- j) diffusione della modalità di lavoro e stili manageriali orientati ad una maggiore autonomia e responsabilità delle persone e sviluppo di una cultura orientata ai risultati
- k) conseguente rafforzamento della cultura della misurazione e della valutazione della performance
- l) promozione dell'inclusione lavorativa di persone in situazione di fragilità permanente o temporanea
- m) promozione e diffusione delle tecnologie digitali e connessa razionalizzazione delle risorse strumentali
- n) contribuzione allo sviluppo sostenibile

6.7. Definizioni

ACRONIMO	DEFINIZIONE
Lavoro Agile	Modalità flessibile di esecuzione della prestazione di lavoro subordinato
Azienda	Azienda Sanitaria Locale di Lecce
Lavoratore Agile	Dipendente che espleta l'attività lavorativa in modalità agile
Dotazione Informatica	Strumenti informatici e di connessione quali pc fisso o portatile, tablet, smartphone, modem, etc. appartenenti al dipendente
Sede di Lavoro	Locali ove ha sede l'Azienda e i diversi locali ove il dipendente espleta la sua attività lavorativa nei giorni di lavoro agile autorizzato
POLA	Piano Operativo Lavoro Agile

6.8. Oggetto e Durata

1. Il presente documento disciplina temporaneamente il lavoro agile presso l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce in attuazione della normativa nazionale e regionale sopra richiamata, in raccordo con quanto previsto dal novellato art. 14 della legge 7 agosto 2015 n. 124 e della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 10 giugno 2017 n. 3, e in osservanza della legge del 22 maggio 2017 n. 81.
2. Con l'introduzione del lavoro agile è consentito, al personale con vincolo di subordinazione in servizio presso la Azienda Sanitaria Locale di Lecce, lo svolgimento delle pre-



stazioni lavorative contrattualmente dovute, in ambienti diversi dalla sede di lavoro nel rispetto dell'orario di lavoro ordinariamente assegnato e del raggiungimento degli obiettivi di massima stabiliti con il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile Responsabile della Struttura di Appartenenza durante l'espletamento dell'attività nella modalità di lavoro agile temporaneamente autorizzata.

3. Il presente Regolamento ha durata non prefissata con scadenza dipendente da subentrante normativa nazionale e/o accordi sindacali a ricaduta nazionale – CCNL - ovvero da decisioni aziendali, ponendo, in fase di valutazione strategica ed applicativa particolare attenzione alla tutela della salute dei lavoratori ed al loro benessere sociale e lavorativo.

6.9. Destinatari e Requisiti di Accesso

- a) La presente regolamentazione è rivolta a tutto il personale dell'Azienda (dirigenza e comparto) con contratto di lavoro sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato di qualsiasi profilo dei ruoli amministrativo, tecnico, professionale e sanitario.
- b) Ogni lavoratore presenterà l'istanza di richiesta di lavoro agile (utilizzando lo specifico modulo Allegato C) "ISTANZA DI ACCESSO PER LA MODALITA' IN LAVORO AGILE") al competente Direttore e/o Dirigente Responsabile Responsabile della Struttura di Appartenenza.
- c) Il Direttore e/o Dirigente Responsabile Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà l'istanza del lavoratore tenendo conto, oltre di quanto indicato al punto "Obiettivi del Lavoro Agile", prioritariamente, delle seguenti condizioni:
 - a. Lavoratore portatore di patologie invalidanti, auto certificate e/o documentate attraverso certificazione proveniente da medici di struttura pubblica (Decreto Min. della Salute 04/02/2022)
 - b. Lavoratore che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92 (autocertificazione)
 - c. Lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età - a seguito o meno della contrazione dei servizi educativi scolastici (autocertificazione - ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ecc.)
 - d. Lavoratore la cui residenza/domicilio/dimora è posto a distanze uguali o superiori ai 50 Km dalla sede di lavoro (autocertificazione)
 - e. Lavoratrice madre in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.lgs. 151/2001 (autocertificazione)



- f. Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate (documentazione a sostegno)

I requisiti sopra elencati devono essere posseduti al momento della presentazione della istanza.

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del Lavoro Agile temperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura con specifico riferimento a quanto riportato al punto "Ambito Oggettivo di Applicazione".

In presenza di una richiesta di accesso alla modalità lavoro agile da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di struttura è il diretto responsabile sovra ordinato gerarchicamente ovvero il coordinatore/responsabile organizzativo formalmente individuato a valutare e, nel caso, autorizzare, la richiesta per l'accesso all'istituto.

Tutte le istanze devono essere valutate avendo a riferimento la complessiva organizzazione aziendale e la garanzia di funzionamento che l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, che, per il tramite delle proprie unità operative, deve assicurare per l'assolvimento dei livelli essenziali di assistenza e garantire il diritto alla salute tutelato dall'art. 32 della Costituzione e disciplinato nelle forme sancite dalla legge n. 833/1978 e dal d.lgs. 502/1992 e s.m.i.

6.10. Attività Effettuabili in Modalità Lavoro Agile

Alla data di emissione del presente documento risulta non del tutto completato il censimento delle attività effettuabili in modalità lavoro agile: sono riportate, di conseguenza, le caratteristiche che le contraddistinguono. Attività che:

- Siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche
- Possano essere remotizzate e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore in sede
- Prevedano l'utilizzo e la produzione di documentazione digitalizzata
- Richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione
- Non richiedano una relazione costante con il responsabile della Struttura di appartenenza
- Siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati



6.11. **Attori Coinvolti nella Conduzione dell'Organizzazione del Lavoro Agile**

6.11.1. AREA GESTIONE DEL PERSONALE

- a) Recepisce la normativa vigente sulla base della quale, attraverso la collaborazione con la Direzione Strategica, il Controllo di Gestione e il Responsabile per la Transizione al Digitale, definisce le linee guida applicative anche tramite il confronto con le OO.SS.
- b) Aggiorna, trimestralmente, le percentuali di lavoratori in regime di lavoro agile
- c) Effettua, ai fini assicurativi, le comunicazioni di legge al Ministero del Lavoro
- d) Supporta le Direzioni per la implementazione dell'istituto all'interno delle strutture

6.11.2. COMITATO UNICO DI GARANZIA - CUG -

- A) E' garante dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e contro ogni forma di discriminazione nei confronti dei lavoratori, intervenendo dunque anche in caso di controversie relative all'applicazione della Organizzazione del Lavoro Agile
- B) Supporta le Direzioni per la implementazione dell'istituto all'interno delle strutture

6.11.3. ORGANIZZAZIONI SINDACALI

Sono interessate dall'Azienda, come normativamente previsto, ed intervengono con specifiche proposte nello spirito di un confronto collaborativo finalizzato ad un progetto il più possibile condiviso

6.11.4. DIRIGENTE/RESPONSABILE DI STRUTTURA

- a) Garantisce il buon svolgimento delle funzioni di competenza anche attraverso il rispetto della tempistica stabilita normativamente per la chiusura dei procedimenti e per l'esecuzione delle proprie attività, il tutto a prescindere dal regime (modalità) in cui opera il personale



- b) Organizza la propria struttura e, laddove necessario, ne rivede i processi in un'ottica di miglioramento continuo, attuando un'evoluzione operativa tesa al coinvolgimento dei collaboratori che effettuano l'attività in modalità Lavoro Agile, ad una logica per risultato
- c) Individua le attività che, nell'ambito della Struttura diretta, possono essere svolte in modalità Lavoro Agile definendo e programmando le priorità e gli obiettivi di ciascun lavoratore in Lavoro Agile, verificandone il conseguimento e garantendo l'assenza di qualsiasi forma di discriminazione
- d) Concorre all'individuazione del personale da avviare alla modalità agile, anche alla luce della condotta dei dipendenti e favorisce la rotazione dello stesso, tesa ad assicurare, nell'arco temporale settimanale/bisettimanale/mensile/trimestrale/semestrale/annuale, un'equilibrata alternanza nello svolgimento dell'attività in modalità agile e di quella in presenza

6.11.5. AMMINISTRAZIONE DIGITALE SICUREZZA E PRIVACY

- A) Stabilisce le policy di sicurezza logica per l'implementazione della connessione da remoto
- B) Verifica, attraverso il supporto del gruppo di conduzione tecnico, la compatibilità della dotazione del dipendente per l'effettuazione delle attività in remoto
- C) Autorizza l'attivazione della connessione sicura (VPN) e degli ulteriori elementi di sicurezza (token per l'autenticazione a doppio fattore) da parte del gruppo di conduzione tecnico
- D) Monitora costantemente le connessioni attive per l'accesso da remoto dei servizi erogati dai Sistemi Informativi Aziendali

6.11.6. SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE AZIENDALE (S.P.P.A.)

Fornisce le linee guida di comportamento anche per l'attività da remoto

6.11.7. RESPONSABILE PROTEZIONE DATI (D.P.O.)

Fornisce le linee guida per la compliance privacy delle attività effettuate in remoto



6.11.8. CONTROLLO DI GESTIONE

Stabilisce, in collaborazione con l'Area Gestione del Personale e Amministrazione Digitale, le linee guida per la valutazione della Performance Individuale per l'attività effettuata in modalità Lavoro Agile

6.11.9. ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (O.I.V.)

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di verificare, così come effettuato per il Piano della Performance, anche per l'Organizzazione del Lavoro Agile, la definizione e l'applicazione degli indicatori di performance per tutti i soggetti coinvolti.

6.12. Procedura di attivazione e Modalità di Effettuazione dell'Attività in modalità "Lavoro Agile"

I dipendenti che intendano richiedere l'accesso al lavoro agile dovranno presentare apposita istanza, utilizzando il modello all'uopo allegato (Allegato C) - "ISTANZA DI ACCESSO PER LA MODALITA' IN LAVORO AGILE", al Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza che le valuterà secondo quanto previsto al paragrafo 6.5 del presente documento.

Il lavoratore autorizzato al lavoro agile secondo le modalità stabilite dal presente Documento accetta tutte le condizioni – nessuna esclusa - contenute nel presente provvedimento.

Al fine di garantire un'efficace ed efficiente interazione, nonché un ottimale svolgimento della prestazione lavorativa, il personale autorizzato al lavoro agile dovrà garantire la raggiungibilità telefonica nelle medesime fasce di orario di servizio che il dipendente già in precedenza rispettava nell'espletamento dell'attività "in presenza". Durante dette fasce, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. In particolare, laddove il dipendente sia in possesso di cellulare aziendale, dovrà essere attivata la deviazione di chiamata dal numero fisso della postazione di lavoro al cellulare medesimo.

L'attività del dipendente in lavoro agile, in sede di prima applicazione del presente regolamento, sarà monitorata, in ingresso ed in uscita dall'attività, attraverso l'invio di un sms al numero di cellulare aziendale del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza ovvero di un suo incaricato, salvo ulteriori modalità che il Dirigente preposto potrà valutare, in accordo con il dipendente successivamente alla data di autorizzazione, per l'utilizzo di sistemi di comunicazione ritenuti più efficaci per attestare/monitorare la prestazione lavorativa.



La modalità di lavoro agile, sulla base di comprovate esigenze organizzative, potrà essere autorizzata, e, di conseguenza, effettuata, anche in presenza di soluzione di continuità (giornate intervallate) ovvero con la possibilità di accedere temporaneamente agli uffici per reperire documentazione necessaria allo svolgimento delle attività autorizzate.

Nel rispetto di quanto previsto dai vigenti accordi sindacali in merito, il numero di giornate/ore di attività da effettuarsi in modalità lavoro agile dovrà essere maggiore o uguale al 30% dell'orario complessivamente dovuto dal lavoratore per il periodo di vigenza dell'accordo stesso.

La prestazione lavorativa svolta durante il lavoro agile sarà monitorata nel raggiungimento degli obiettivi dal Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Il lavoratore che fruisce della modalità del lavoro agile relaziona rispetto alle attività stabilite ed al raggiungimento degli obiettivi, con la frequenza e le modalità concordate, al Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza: lo stesso utilizza tale relazione, oltre quanto indicato al paragrafo 6.15, per valutare la congruità di quanto dichiarato dal lavoratore agile rispetto a quanto monitorato dallo stesso Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza, con possibili ricadute ai fini della valutazione della performance individuale.

Al fine della effettiva decorrenza della prestazione in modalità agile, il dipendente, dopo aver ricevuto tutte le necessarie istruzioni operative (manuale), dovrà personalmente procedere per le propedeutiche implementazioni tecniche/abilitazioni necessarie per l'attivazione della connessione remota attraverso VPN con doppio fattore di autenticazione: il dipendente, solo in quell'istante, informerà in tal senso il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Durante le giornate di lavoro agile, il dipendente potrà fruire di tutti i permessi o altri istituti previsti dalle disposizioni contrattuali e normative, previa comunicazione ed autorizzazione del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

N.B.: *Tutte le istanze, in solo formato digitale (pdf), autorizzate da parte del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura (ovvero dal diretto responsabile sovra ordinato gerarchicamente o dal coordinatore/responsabile organizzativo formalmente individuato - in presenza di una richiesta di accesso alla modalità lavoro agile da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di struttura -) devono essere immediatamente inviate, attraverso la casella PEC a disposizione della struttura medesima, rispettivamente all'Area Gestione del Personale e ad Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy, al fine di rendere possibili, per le stesse, le attività indicate al punto 6.11, agli indirizzi PEC di seguito riportati:*

(lavoroagile.area.personale@pec.asl.lecce.it e amministrazionedigitale@pec.asl.lecce.it)

Le istanze dovranno essere autorizzate attraverso la apposizione della firma digitale all'interno del file pdf (PADES) o con apposizione della firma in formato p7m.



6.13. CCNL e Normativa Vigente

Viene rimessa alla contrattazione nazionale la disciplina di numerosi aspetti, tra i quali:

- A) la responsabilità del datore di lavoro e del lavoratore per quanto attiene alla sicurezza e al buon funzionamento degli strumenti tecnologici
- B) il diritto a usufruire di ferie e permessi
- C) il diritto alla disconnessione
- D) l'equiparazione del lavoratore che svolge la propria attività lavorativa in modalità agile con quello operante in presenza ai fini del trattamento economico e normativo, del diritto alla salute e alla sicurezza sul lavoro e dello sviluppo delle opportunità di carriera e crescita retributiva

6.14. Dotazione Tecnologica del Dipendente

Differentemente da quanto previsto nel paragrafo 6.5, la Azienda Sanitaria di Lecce non fornisce (non è temporaneamente in grado di) la dotazione tecnologica atta a consentire al lavoratore agile di effettuare l'attività concordata al di fuori della sede di lavoro.

Di conseguenza:

- A. Il dipendente espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione tecnologica già in proprio possesso. Egli potrà collegarsi alla rete aziendale utilizzando notebook, personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto opportuno e congruo dalla struttura Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy per l'esercizio dell'attività lavorativa.
- B. Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione una VPN (Virtual Private Network) con credenziali di accesso a doppio fattore di autenticazione rilasciate dalla U.O.S.D. Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy: tale connessione renderà possibile l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali/regionali (Docusan, DocusanAtti, MOSS, Edotto, etc.) di cui è riportato specifico elenco alla voce di menu "Lavoro Agile" del portale Intranet raggiungibile all'indirizzo <https://intranet.asl.lecce.it>: la fruizione di tali applicativi è vincolata alla presenza di una VPN autorizzata ed attiva.
- C. In presenza della necessità di fruire di dati/informazioni memorizzati sulla postazione utilizzata dal dipendente, il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza, valutate le modalità di minore impatto organizzativo, consentirà l'accesso temporaneo agli uffici al dipendente al fine di consentire il reperimento della documentazione necessaria allo svolgimento delle attività: per motivi di sicurezza logica



è assolutamente vietato l'accesso da remoto alla postazione di lavoro del dipendente.

- D. Le spese connesse all'espletamento dell'attività lavorativa presso la propria residenza/domicilio/dimora, riguardanti i consumi elettrici, le spese di manutenzione e gestione dei dispositivi, ecc. sono a totale carico del dipendente.

6.15. Indicatori di Performance Individuale

Di seguito sono riportati gli indicatori di Performance Individuale che devono essere monitorati dal Direttore/Dirigente Responsabile in combinato disposto con l'efficacia e l'efficienza delle attività effettuate dal Lavoratore Agile.

Stato di Implementazione del Lavoro Agile	
Dimensione	Indicatore
Efficacia Quantitativa	A) n. di pratiche/procedimenti B) n. utenti serviti C) n. di task portati a termine in lavoro agile/n. task totali D) n. di pratiche in lavoro agile/n. pratiche totali E) n. utenti serviti in lavoro agile/n. utenti serviti F) n. task portati a termine in lavoro agile/n. task totali
Efficacia Qualitativa	qualità del lavoro effettuato attraverso la valutazione da parte del Direttore/Dirigente Responsabile e/o rilevazioni da customer satisfaction
Efficienza Temporale	Tempistica di completamento pratiche/procedimenti/servizi/task in lavoro agile/Tempistica di completamento pratiche/procedimenti/servizi/task in presenza

6.16. Indicatori Generali

E' necessario stabilire una serie di indicatori, implementati a livello aziendale, che rendano possibile una valutazione dell'impatto generato rispetto alle ricadute organizzative, alle stime di efficacia ed efficienza, oltre che alla componente del benessere lavorativo e sociale, dell'implementazione dell'Organizzazione del Lavoro Agile all'interno dell'organizzazione del lavoro nell'erogazione dei servizi aziendali.

In particolare si stabiliscono i seguenti indicatori:



Stato di Implementazione del Lavoro Agile	
Dimensione	Indicatore
Quantità	<p>% lavoratori agili effettivi / lavoratori agili potenziali</p> <p>% giornate lavoro agile / giornate lavorative totali</p>
Qualità Percepita	<p>A) % dirigenti/responsabili soddisfatti del lavoro agile dei propri collaboratori</p> <p>B) % dipendenti in lavoro agile soddisfatti</p> <p>C) soddisfazione per genere: A) % donne soddisfatte B) % uomini soddisfatti</p> <p>D) soddisfazione per età: A) % dipendenti > 60 anni soddisfatti B) % dipendenti > 50 < 60 anni soddisfatti C) ecc.</p> <p>E) soddisfazione per situazione familiare: A) % dipendenti con genitori anziani soddisfatti B) % dipendenti con figli soddisfatti C) ecc.</p>

Ricadute Esterne	
Dimensione	Indicatore
Impatto Sociale	<ul style="list-style-type: none"> Utenti: Minori code agli sportelli fisici (in caso di servizi digitali) Dipendenti: Riduzione ore per trasferimento casa-lavoro Dipendenti: Migliore bilancio Vita-Lavoro
Impatto Ambientale	<ul style="list-style-type: none"> Collettività: minor livello di Emissioni di Co2 Collettività: minore quantità di stampe Collettività: minore quantità di spazio fisico occupato per uffici (es. mq / dipendente)
Impatto Economico	<ul style="list-style-type: none"> Dipendenti: importi risparmiati per trasferimento casa lavoro Dipendenti: aumento spese per utenze



6.17. **Sospensione/Termine**

1. Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza ed il lavoratore agile concordano la sospensione/termine delle attività in modalità lavoro agile al mancare temporaneo/cessare dei presupposti che ne hanno determinato l'esigenza.
2. È possibile comunicare l'immediata sospensione/termine per il dipendente della modalità in lavoro agile da parte dell'Azienda, per gravi inadempimenti dello stesso o per motivate ed improrogabili sopravvenute esigenze organizzative. In tale fattispecie, il dipendente è tenuto a presentarsi nella propria sede lavorativa nella giornata lavorativa immediatamente successiva alla data di sospensione/termine.
3. Il lavoratore può richiedere la sospensione/termine dell'attività in modalità lavoro agile all'Azienda, per il venir meno delle condizioni soggettive rappresentate nell'istanza di richiesta presentata nel rispetto di quanto indicato al paragrafo 6.12 del presente documento: in tal caso il dipendente rientrerà nella sede lavorativa solo a valle della specifica autorizzazione del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

6.18. **Comunicazione delle Giornate di Attività in Lavoro Agile**

1. L'implementazione tecnica necessaria per consentire l'accesso ai sistemi informativi aziendale ed ai servizi erogati attraverso gli stessi, pur tenendone traccia, non consentono – attualmente – la “rilevazione della presenza” del lavoratore agile collegato da remoto.
2. Di conseguenza, con cadenza settimanale, il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza, provvederà a comunicare all'ufficio rilevazione presenze di riferimento, un report riportante gli orari (ingresso/uscita/permessi/ferie) di attività di ciascun dipendente effettuata in modalità lavoro agile: tale report è predisposto con riferimento alle comunicazioni intercorse tra Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura e lavoratore agile nella settimana precedente.

6.19. **Trattamento Giuridico ed Economico**

1. I dipendenti che svolgono la prestazione in modalità di lavoro agile hanno diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi di cui all'art. 51 del decreto legislativo 15 giugno 2015, n. 81, nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda.



2. Per effetto della distribuzione flessibile del tempo di lavoro, in relazione alle giornate lavorative di lavoro agile, non è riconosciuto il trattamento di trasferta e non sono configurabili prestazioni straordinarie, notturne o festive o protrazioni dell'orario di lavoro aggiuntive.

6.20. **Condotte Sanzionabili**

Sono applicate tutte le norme previste dai Contratti Collettivi di Lavoro, dal codice disciplinare e dal codice di comportamento aziendale vigenti.

6.21. **Vincoli e Prescrizioni**

1. La modalità di espletamento in “lavoro agile” non modifica in alcun modo i doveri e le prescrizioni (vincolo di segretezza, conformità alle prescrizioni privacy, codice di condotta, ecc.) riguardo alle quali il dipendente è già tenuto al rispetto per l’attività espletata in “presenza”.
2. Il dipendente autorizzato avrà accesso - attraverso VPN - alla rete aziendale utilizzando credenziali personali: egli dovrà custodirle con estrema cura ed attenzione in maniera che, la eventuale perdita/comunicazione/diffusione delle stesse non possa generare problematiche di grosso impatto per la sicurezza logica dell’intera rete aziendale.
3. Il dipendente, di conseguenza, sarà ritenuto responsabile della corretta custodia delle credenziali e degli eventuali danni derivanti da un incauto e/o doloso comportamento che ne comporti la perdita/comunicazione/diffusione.

6.22. **Privacy**

1. Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza e l’Area Gestione del Personale terranno copia della richiesta di accesso alla modalità in lavoro agile effettuata dal dipendente. L’attività di “tenuta” di tale documentazione è da considerarsi interna al processo di trattamento di dati personali – gestione del personale dipendente - già in capo ai responsabili del trattamento sopra indicati. Per tale motivazione, anche in presenza delle ulteriori coperture giuridiche derivanti dall’applicazione della normativa in premessa riportata, non è necessario fornire specifica informativa al dipendente richiedente.
2. Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza deterrà temporaneamente – sino ad esaurimento del processo amministrativo – copia della richiesta di accesso alla modalità in lavoro agile effettuata dal dipendente, per poi di-



struggerla a valle dell'inserimento di detto documento all'interno del fascicolo del dipendente a cura dell'Area Gestione del Personale.

6.23. Sicurezza sul Lavoro

1. Gli obblighi di informativa di cui all'art. 22, comma 1, della Legge 81/2017 e del decreto legislativo del 9 aprile 2008, n. 81 sono assolti in via telematica, attraverso la resa dell'informativa scaricabile come da indicazioni di cui al punto 6.24.
2. Il lavoratore collabora con l'amministrazione al fine di garantire un adempimento sicuro e corretto della prestazione di lavoro. L'amministrazione non risponde degli infortuni verificatisi a causa di comportamenti del dipendente incoerenti con quanto indicato nell'informativa di cui al capoverso precedente e comunque incompatibili con un corretto svolgimento della prestazione lavorativa.
3. In deroga a quanto previsto dall'applicazione delle disposizioni normative in materia di salute e sicurezza sul lavoro di cui al d.lgs. 81/2008 e s.m.i., avuto riguardo alle specifiche esigenze dettate dall'esercizio flessibile dell'attività di lavoro, l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce, in sede di prima applicazione del presente regolamento, non è in grado e non può garantire la tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.
4. La Azienda Sanitaria Locale di Lecce non tutela il lavoratore contro gli infortuni nel luogo prescelto per l'erogazione della prestazione in modalità di lavoro agile (propria residenza/domicilio/dimora). Tale mancata tutela riguarda anche gli spostamenti che il lavoratore agile può effettuare, nello svolgimento della propria attività, nel percorso residenza/domicilio/dimora - sede di lavoro e viceversa.

6.24. Documentazione

La totalità della documentazione formalizzata (POLA, modulo di Istanza per l'Accesso all'istituto, linee guida e raccomandazioni) a tema "lavoro Agile" è resa disponibile sul portale Intranet aziendale all'indirizzo <https://intranet.asl.lecce.it> alla voce di menu "Lavoro Agile" → "Documentazione"

6.25. Decorrenza

Il presente Piano Organizzativo del Lavoro Agile è immediatamente esecutivo. Ciascun Dirigente di struttura è invitato a darne applicazione, rammentando che, ai sensi della vigente normativa, eventuali inadempimenti saranno oggetto di specifica valutazione.



7. Piano delle Azioni Positive

7.1. Premessa

Il Piano di Azioni Positive rappresenta uno strumento, nell'ambito del generale processo di riforma della P.A., diretto a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa attraverso la valorizzazione delle risorse umane, l'implementazione delle azioni di conciliazione tra vita privata e lavoro, sostenere condizioni di benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione.

7.2. Obiettivi Generali

Il Piano di Azioni Positive 2023/25 è stato elaborato dalla Direzione Strategica ASL in quanto il Comitato Unico di Garanzia è scaduto e contestualmente si sta provvedendo al suo rinnovo.

La finalità delle azioni proposte è quella di sviluppare, a livello aziendale, "buone prassi" di politiche inerenti l'age management, il welfare aziendale, la flessibilità lavorativa, la valorizzazione delle risorse umane, la conciliazione vita/lavoro, il reinserimento lavorativo del personale che rientra dal congedo per maternità/paternità o da assenza prolungata, la disabilità, all'interno di un progetto globale di Diversity Management.

Il presente Piano sarà oggetto di revisione da parte del rinnovato CUG a valle dell'espletamento delle avviate procedure necessarie per l'individuazione dei nuovi componenti.

Per la realizzazione delle azioni positive previste nel Piano, saranno individuate di volta in volta le Strutture dell'Azienda rispetto alle tematiche trattate.

7.3. Piano Operativo

7.3.1. LEGGERE L'ORGANIZZAZIONE

Leggere L'Organizzazione	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Mappatura del personale in riferimento al genere, fasce di età, congedi parentali, condizione di disabilità riferiti all'anno precedente



Obiettivo Operativo	Monitorare la situazione del personale al fine di verificare la sussistenza di eventuali discriminazioni in relazione al: genere, avanzamento di carriera, incarichi apicali con riguardo alle pari opportunità, accesso alla formazione
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.2. FORMAZIONE/CULTURA

Formazione/Cultura	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Sviluppo di un ambiente di lavoro inclusivo Sviluppare nella gestione delle risorse umane la cultura di genere e della valorizzazione della diversità
Obiettivo Operativo	Evento ECM "IL DIVERSITY MANAGEMENT Il Valore delle differenze nell'organizzazione. Possibili piste di intervento" Inserire dei moduli formativi sulle pari opportunità nella formazione obbligatoria per i dipendenti e i dirigenti, come primo passo verso la consapevolezza dello sviluppo e valorizzazione delle differenze
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.3. SPORTELLO ASCOLTO CUG

Sportello Ascolto CUG	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	



Obiettivo Strategico	Lo Sportello CUG offre supporto nella problematiche riconducibili a fenomeni di discriminazione, violenza morale, psichica o disagio legato a fattori organizzativi a carico dei dipendenti. E' finalizzato a migliorare l'approccio alla soluzione dei problemi
Obiettivo Operativo	Svolge le funzioni di ricezione e analisi delle segnalazioni, identificando lo specifico percorso in grado di assicurare il supporto più adeguato e tempestivo per la risoluzione della problematica esposta
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Equipe Sportello CUG/Consulente di Fiducia aziendale

7.3.4. COMUNICARE E PROMUOVERE LA CULTURA DI GENERE

Comunicare e Promuovere la cultura di genere attraverso il miglioramento della comunicazione e della diffusione delle informazioni sui temi delle pari opportunità	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Potenziare la comunicazione interna sulle attività e iniziative del CUG Coinvolgimento del personale rispetto alle tematiche di interesse
Obiettivo Operativo	Svolge le funzioni di ricezione e analisi delle segnalazioni, identificando lo specifico percorso in grado di assicurare il supporto più adeguato e tempestivo per la risoluzione della problematica esposta
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Equipe Sportello CUG/Consulente di Fiducia aziendale



7.3.5. FAVORIRE IL REINSERIMENTO LAVORATIVO DEL PERSONALE CHE RIENTRA DAL CONGEDO PER MATERNITÀ/PATERNITÀ O DA ASSENZA PROLUNGATA

Favorire il reinserimento lavorativo del personale che rientra dal congedo per maternità/paternità o da assenza prolungata

Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale

Obiettivo Strategico	Sviluppare, a livello aziendale, percorsi standardizzati al fine di agevolare il processo di reinserimento dei lavoratori/trici nel posto di lavoro dopo lunga assenza
Obiettivo Operativo	DG n. 1139 del 25/05/2019 Mappatura dei percorsi adottati in azienda e delle eventuali criticità attraverso la somministrazione di un questionario; Progetto di tutoraggio; Predisposizione modulo formativo sul tema del reinserimento lavorativo e sui metodi di inclusione.
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Gruppo di lavoro misto con rappresentanti del CUG, dell'Area dell'Amministrazione digitale – Sistemi informativi – Area del Personale_ Formazione (DG n. 1139 del 25/05/2019)

7.3.6. INTEGRAZIONE DEL DIPENDENTE CON DISABILITÀ

Integrazione del dipendente con disabilità

Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale

Obiettivo Strategico	Favorire l'inserimento e la piena integrazione delle persone con disabilità sul posto di lavoro riducendo le criticità, laddove possibile, al fine di realizzare una condizione di benessere organizzativo
Obiettivo Operativo	DG n. 1139 del 25/05/2019 Somministrazione del Questionario per la rilevazione dei bisogni



	ed aspettative dei collaboratori con disabilità
	Proporre soluzioni organizzative di “accomodamento ragionevole” e “tecnologie assistive” (Circolare n. 2 del 23 settembre 2015 dell’Agenzia per l’Italia Digitale)
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne ed Esterne

7.3.7. MISURE DI FLESSIBILITÀ E WORK LIFE BALANCE

Misure di flessibilità e work life balance	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	<p>Dare risposta a bisogni che cambiano nel ciclo di vita proprio e dei propri familiari</p> <p>Sperimentare i diversi strumenti contrattuali che interessano in maniera trasversale tutti i lavoratori, uomini e donne, in circostanze diverse e diverse fasi della vita (cura, studio, anzianità, malattia, disabilità) come azione di miglioramento per la costruzione di un welfare contrattuale che possa rispondere sia alle esigenze dei lavoratori che alla mission dell'azienda</p>
Obiettivo Operativo	<p>Rivisitare la normativa interna e gli accordi con OO.SS. che prevedono l'applicazione dei vari strumenti di flessibilità (orario di lavoro, telelavoro, part-time, assegnazioni temporanee, mobilità)</p> <p>Sperimentare progetti di conciliazione vita/lavoro (ad es. telelavoro, flessibilità dell’orario, orario personalizzato, convenzioni con asili nido, smart working ecc.)</p> <p>Tavoli di lavoro con rappresentanze aziendali e sindacali (contrattazione territoriale e di secondo livello)</p>
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne



7.3.8. ATTIVITÀ CONSULTIVA DEL CUG

Attività consultiva del CUG	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Promuovere l'attività consultiva del CUG
Obiettivo Operativo	Inserimento della formula "sentito il parere del CUG" negli atti interni, circolari, direttive, ecc. su temi che rientrano nelle competenze del CUG. Assicurare la partecipazione del CUG alle decisioni assunte ai tavoli della contrattazione collettiva integrativa, attraverso l'acquisizione di pareri e/o proposte relativi alle materie aventi riflessi sull'organizzazione e la gestione del personale
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.9. AGE MANAGEMENT

Age Management	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	La finalità di tale azione è quella di sviluppare, a livello aziendale, "buone prassi" di politiche del personale basate sull'età anagrafica del lavoratore all'interno di un progetto globale di sviluppo del diversity management.
Obiettivo Operativo	Predisporre un pacchetto di misure previste per l'age management (miglioramento dell'organizzazione del lavoro, flessibilità oraria, piano rientro dopo lunga malattia, gestione turni/ruolo) con relativo Regolamento aziendale per stabilire regole a tutela del lavoratore e dell'Azienda;



	Valorizzazione delle esperienze e competenze/Valorizzazione delle differenze generazionali, promozione del dialogo intergenerazionale e transizione graduale dal lavoro alla pensione (Mentoring /Reverse mentoring)
	Iniziative rivolte alla promozione del benessere
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.10. PERFORMANCE E PARI OPPORTUNITÀ

Performance e Pari Opportunità	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Rendere effettiva l'applicazione dell'art. 8 D.lgs. 150/2009, alla luce anche dei principi espressi nel D.P.R. 105/2016 e direttiva n.3/2017 del Presidente Consiglio dei Ministri in materia di lavoro agile ³ , secondo il quale, ossia il Sistema di valutazione e misurazione della performance organizzativa concerne anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità.
Obiettivo Operativo	Tra gli obiettivi di misurazione e valutazione della performance organizzativa inserire quello della promozione delle pari opportunità, valorizzazione delle differenze e benessere organizzativo
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne



8. Efficientamento

8.1. Premessa

L'Azienda Sanitaria di Lecce attua interventi volti alla riduzione dell'impatto ambientale attraverso la promozione dell'efficientamento energetico e la riduzione dell'inquinamento ambientale dovuto agli spostamenti dei propri dipendenti.

8.2. Efficientamento Energetico

Gli interventi di adeguamento normativo e tecnologico delle strutture aziendali sono improntati anche a massimizzare l'efficienza energetica dei fabbricati attraverso l'implementazione di illuminazione e ventilazione naturale degli ambienti, attraverso l'utilizzo di fonti luminose a tecnologia led, attraverso l'utilizzo di sistemi di generazione energetica avanzati, anche in considerazione del volume rilevante delle fonti naturali sia energetiche che atmosferiche consumate in quanto necessarie all'esercizio delle attività sanitarie e che comportano la successiva generazione di prodotti qualificabili come rifiuti.

8.3. Piano della Mobilità

Il Piano Spostamenti Casa Lavoro ha lo scopo di promuovere la mobilità sostenibile e la riduzione degli spostamenti casa-lavoro interessanti i dipendenti aziendali. È stata avviata la fase di raccolta di informazioni attraverso l'indagine fra i lavoratori e le lavoratrici della Azienda Sanitaria di Lecce per fotografare l'attuale modalità di spostamento utilizzate ed individuare le soluzioni ecologicamente sostenibili che consentiranno di attuare politiche volte a favorire soluzioni di mobilità condivise, pubbliche e private, oltre a favorire l'utilizzo di mezzi di trasporto a ridotto impatto ambientale.

Possibili soluzioni potranno essere individuate attraverso l'implementazione di maggiore flessibilità lavorativa per favorire l'utilizzo dei Trasporti Pubblici Locali oltre alla implementazione della sharing mobility (bici, monopattini, scooter ed auto) e la condivisione del mezzo di trasporto(carpooling).



9. Piano dei Fabbisogni del Personale

9.1. Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2023-2025

9.1.1. PREMESSA

Il Piano Triennale del Fabbisogno è lo strumento strategico e programmatico per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli stessi obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento della spesa del personale.

Con Delibera n. 513 del 19/12/2022 è stato adottato il Piano del Fabbisogno del Personale relativo al triennio 2021/2023, redatto in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera effettuata dalla Regione Puglia nonché gli ulteriori atti programmatori finalizzati alla riorganizzazione dei servizi territoriali.

Con DGR n.1980 del 22/12/2022 preso atto dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2021-2023 delle Aziende ed Enti SSR la Regione Puglia ha approvato in via provvisoria, riservandosi con successivo atto di Giunta Regionale e comunque entro il mese di gennaio 2023, di approvare in via definitiva il PTFP 2021-2023 delle Aziende ed Enti del SSR.

Il PTFP dell'ASL di Lecce è stato predisposto nel rispetto del tetto di spesa attribuito con D.G.R. 1818/2022 pari ad Euro 371.911.293.

Detto Piano del Fabbisogno potrà essere rimodulato e aggiornato nel periodo di vigenza, alla luce di nuove esigenze che dovessero emergere di carattere normativo, economico, organizzativo e funzionale e che le assegnazioni di personale potranno subire modifiche adattandosi alle diverse situazioni che dovessero verificarsi.

Il fabbisogno triennale, sviluppato sulla base dell'attuale assetto organizzativo, prevede una consistenza complessiva di 8.737 unità con i profili contrattuali riportati nella tabella che segue, dove è indicata anche la consistenza dell'organico in servizio alla data del 31/12/2022. Tale fabbisogno è provvisoriamente previsto per gli anni 2024 e 2025, nelle more di nuove indicazioni regionali per tali annualità.



9.1.2. FABBISOGNI

PROFILO	FABBISOGNO 2023	PRESENTI AL 31/12/2022
Dirigente Medico	1.393	1.323
Dirigente Veterinario	47	47
Dirigente Sanitario Non Medico	242	223
Dirigente Amministrativo	25	17
Dirigente Professionale	10	7
Dirigente Tecnico	7	7
Comparto Sanitario	4.629	4.594
Comparto Professionale	7	6
Comparto Tecnico	1.687	1.529
Comparto Amministrativo	690	586
TOTALE	8.737	8.347

9.2. Formazione del Personale

La Direzione Generale con nota n. 9504 del 19/01/2023 ha avviato le procedure per l'elaborazione del Piano Aziendale Formativo 2023-2025 che permetterà di assicurare in questo arco temporale la formazione e l'aggiornamento del personale dipendente e convenzionato della ASL di Lecce.

Dovranno partecipare alla stesura del PAF tutte le UU.OO., come individuate nella Delibera del Direttore Generale n. 1214 dell'8/11/2021 che prevede la strutturazione dipartimentale Aziendale.

Si tratta di n. 326 UOC, UOS, UOSD che sono invitate a:

- Rilevare i bisogni formativi del personale
- Predisporre proposte di corsi di formazione
- Coordinare le proposte all'interno del Dipartimento
- Presentare le predette proposte di Corso entro l'8.3.2023



Il Piano Formativo sarà poi esaminato dal Comitato Scientifico ECM, dagli Organismi Contrattuali, dal Collegio di Direzione per essere approvato dalla Direzione Generale entro il 31.3.2023. Una sezione del Piano Formativo verrà riservata alle iniziative in favore dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera scelta, in una prospettiva che integri l'attività professionale dei Dipendenti di Ospedali e Distretti con quella dei Medici Convenzionati, nell'intento di favorire anche l'appropriatezza prescrittiva ed il contenimento della spesa.

La Direzione Generale, nel chiedere alle UU.OO. di elaborare le proposte di Corsi di formazione ha preventivamente fissato i Macro Obiettivi Aziendali, che potranno essere integrati dai Direttori dei Dipartimenti con obiettivi specifici, in relazione alle esigenze organizzative e alle performance attese nel triennio.

In particolare le iniziative formative Aziendali dovranno favorire l'acquisizione da parte del personale sanitario, socio-sanitario, professionale, tecnico e amministrativo di competenze per potenziare:

- A) le prestazioni previste dai LEA e la conseguente riduzione della mobilità passiva;
- B) l'appropriatezza prescrittiva ed il contenimento della spesa;
- C) la sicurezza e l'umanizzazione delle cure;
- D) i percorsi materno-infantili anche in prospettiva della realizzazione dell'apposito Polo pediatrico;
- E) interventi precoci nel settore della Salute Mentale e delle Dipendenze patologiche
- F) la rete oncologica
- G) percorsi di assistenza territoriale: cronicità e cure domiciliari
- H) le prestazioni dei Pronto Soccorso e della rete dell'Emergenza-Urgenza
- I) la sicurezza dei lavoratori
- J) la sicurezza ambientale e la realizzazione dei piani Vaccinali
- K) la sicurezza alimentare
- L) prevenzione e sicurezza in ambito veterinario
- M) il completamento dell'informatizzazione delle procedure aziendali finalizzate anche alla telemedicina;
- N) l'aggiornamento normativo in tema di contabilità, gestione del personale e acquisizione di beni e servizi.
- O) le procedure per la Trasparenza e l'Anticorruzione

Relativamente alle opportunità per i dipendenti di partecipazione ad eventi formativi esterni, sponsorizzati da ditte o con oneri a carico della ASL, la Direzione ha anche precisato nella predetta nota che queste autorizzazioni saranno subordinate alla presentazione e realizzazione delle proposte dei Corsi, interni al Piano Aziendale Formativo, da parte dei Direttori e Dirigenti delle UU.OO.



Nella previsione del nuovo PAF tra le tipologie di corsi di formazione, oltre alla formazione in Aula e sul Campo, è stata anche inserita la formazione in WEBINAR per la quale la ASL si è dotata di una apposita piattaforma. Soprattutto per alcune aree tematiche questa modalità garantisce infatti di raggiungere in maniera più capillare i corsisti e di limitare gli spostamenti.

L'Organizzazione Dipartimentale della Formazione, che viene proposta per la prima volta nella ASL dopo l'approvazione della Delibera che individua i 24 Dipartimenti, pone in capo ai Direttori dei Dipartimenti sia il coordinamento delle proposte dei Corsi di Formazione sia la valutazione delle ricadute della formazione alla fine del periodo interessato dal Piano Aziendale Formativo 2023-2025.



10. Monitoraggio

Le attività di monitoraggio sono dettagliatamente riportate nelle singole sezioni, con riferimento alla normativa di settore relativa a Performance, Rischi corruttivi, POLA, Fabbisogno Triennale del Personale.

Per la valutazione complessiva del P.I.A.O. si prevedono due momenti di verifica sullo stato di attuazione, da effettuarsi su base semestrale, a cura del gruppo di lavoro specificatamente costituito per la redazione del Piano. Tali attività sono finalizzate alla rilevazione di eventuali criticità nell'attuazione delle misure previste e propedeutiche all'aggiornamento annuale del P.I.A.O..



11. Allegati

Tutta la documentazione richiamata come “Allegati” a questo documento, pur da considerarsi come parte integrante del medesimo, per motivazioni di carattere tipografico, è presentata nella forma di singoli file esterni auto consistenti.

Di seguito viene riportato l’elenco degli stessi:

- Allegato A) Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi di performance
- Allegato B) – Analisi dei rischi (2023-2025)
- Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2023-2025)
- Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2023-2025)
- Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2022
- Allegato F) – Obblighi di trasparenza 2023-2025
- Allegato G) – Obblighi di trasparenza CONTRATTI 2023-2025
- Allegato H) - ISTANZA DI ACCESSO PER LA MODALITA' IN LAVORO AGILE