



**ASL Lecce**

**PugliaSalute**

**Piano Integrato  
di Attività e Organizzazione**

**PIAO 2024 - 2026**

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	mercoledì 31 gennaio 2024		



## 1. Sommario

<b>1. Sommario.....</b>	<b>2</b>
<b>2. Scheda Anagrafica della Azienda Sanitaria Locale di Lecce.....</b>	<b>7</b>
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
<b>3. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....</b>	<b>16</b>
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
3.1.3. Servizio di facilitazione Digitale.....	20
3.2. Piano delle Performance.....	21
3.2.1. Analisi del contesto.....	21
3.2.2. Contesto geo-demografico.....	21
3.2.3. Il contesto interno - Generalità sulla struttura organizzativa.....	29
3.3. Obiettivi Strategici.....	31
3.4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	48
3.4.1. Obiettivi operativi comuni a tutte le Strutture.....	49
3.4.2. Obiettivi Operativi per la Prevenzione.....	49
3.4.3. Obiettivi per l’Assistenza Territoriale.....	50
3.4.4. Obiettivi Operativi per l’Assistenza Ospedaliera.....	57
3.4.5. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture del Dipartimento di medicina Trasfusionale.....	59
3.4.6. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture del Dipartimento del Farmaco.....	60
3.4.7. Obiettivi Operativi Assegnati alla Rete dell’Emergenza Urgenza 118.....	61
3.4.8. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture tecnico – amministrative.....	62
3.4.9. Obiettivi operativi assegnati agli Uffici di Staff.....	63
3.4.10. Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.....	64
3.4.11. Misurazione e Valutazione della Performance Individuale.....	64
3.4.12. La Valutazione Partecipativa.....	65
3.5. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	76
3.5.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	76
3.5.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	76
3.5.3. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	76
<b>4. Rischi Corruttivi e Trasparenza.....</b>	<b>77</b>
4.1. Premessa.....	77
4.2. Processo di adozione del Piano.....	78



4.3. Obiettivi strategici.....	78
4.4. Coordinamento con gli Altri Strumenti di Programmazione.....	79
4.5. Soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione.....	79
4.5.1. Direttore Generale.....	79
4.5.2. Responsabile della prevenzione.....	79
4.5.3. Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza.....	80
4.5.4. Dirigenti per l'area di rispettiva competenza.....	80
4.5.5. O.I.V.....	81
4.5.6. Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.....	81
4.5.7. Dipendenti dell'amministrazione.....	81
4.5.8. Collaboratori e consulenti, a qualsiasi titolo (anche gratuito), dell'amministrazione.....	82
4.5.9. Network Regionale degli RPCT.....	82
4.5.10. Gruppo di Lavoro PIAO.....	82
4.6. Modello Organizzativo.....	82
4.7. Valutazione impatto del Contesto interno.....	83
4.7.1. Acquisizione e progressione del personale.....	83
4.7.2. Affidamento di lavori, servizi e forniture.....	83
4.7.3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.....	84
4.7.4. Provvedimenti Ampliativi della Sfera Giuridica dei Destinatari con Effetto Economico Diretto ed Immediato per il Destinatario.....	84
4.8. Valutazione impatto del Contesto esterno.....	85
4.8.1. Caratteristiche socio-demografiche.....	85
4.9. Criminalità.....	85
4.10. Analisi del Rischio.....	87
4.11. Ponderazione del Rischio.....	89
4.12. Misure di Prevenzione.....	90
4.13. Monitoraggio e Riesame.....	91
4.14. Codici di Comportamento.....	91
4.15. Rotazione del Personale.....	92
4.16. Astensione per conflitto di interessi.....	95
4.17. Dichiarazione Pubblica di Interessi.....	97
4.18. Incarichi extra-istituzionali.....	98
4.19. Pantouflage.....	100
4.20. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.....	102
4.21. Formazione di Commissioni e assegnazione agli Uffici.....	103
4.22. Commissioni per l'accertamento delle invalidità.....	105
4.23. Tutela del Whistleblower.....	107
4.24. Formazione.....	107
4.25. Patti di Integrità.....	109
4.26. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.....	109
4.27. Monitoraggio dei tempi procedurali.....	110



4.28. Monitoraggio dei rapporti con Soggetti esterni.....	110
4.29. Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del Piano.....	111
4.30. Responsabile R.A.S.A.....	112
4.31. Società partecipate.....	112
4.32. Gestore segnalazioni UIF.....	114
4.33. Referente Monitoraggio Opere Pubbliche.....	114
4.34. Sponsorizzazioni.....	115
4.35. Attività conseguenti al decesso.....	115
4.36. Donazioni e Comodati d'Uso.....	116
4.37. Gestione ALPI e Liste di attesa.....	117
4.38. Gestione attività di informazione scientifica.....	118
4.39. Accesso agli Atti.....	118
4.40. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	119
4.41. Trasparenza Amministrativa.....	120
4.42. Contratti Pubblici.....	121
4.43. Attuazione del Regolamento UE 2016/679.....	122
4.44. Allegati.....	122
<b>5. Organizzazione e Capitale Umano.....</b>	<b>124</b>
5.1. Struttura Organizzativa.....	124
<b>6. Organizzazione del Lavoro Agile.....</b>	<b>127</b>
6.1. Premessa interpretativa.....	127
6.2. Premessa Organizzativa ed Operativa.....	127
6.3. Normativa e Regolamentazione di riferimento.....	127
6.4. Ambito Soggettivo di Applicazione.....	129
6.5. Ambito Oggettivo di Applicazione.....	130
6.6. Obiettivi del Lavoro Agile.....	130
6.7. Definizioni.....	131
6.8. Oggetto e Durata.....	132
6.9. Destinatari e Requisiti di Accesso.....	132
6.10. Attività Effettuabili in Modalità Lavoro Agile.....	133
6.11. Attori Coinvolti nella Conduzione dell'Organizzazione del Lavoro Agile.....	134
6.11.1. Area Gestione del Personale.....	134
6.11.2. Comitato Unico di Garanzia - CUG -.....	134
6.11.3. Organizzazioni Sindacali.....	135
6.11.4. Dirigente/Responsabile di Struttura.....	135
6.11.5. Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy.....	135
6.11.6. Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (S.P.P.A.).....	136
6.11.7. Responsabile Protezione Dati (D.P.O.).....	136
6.11.8. Controllo di Gestione.....	136
6.11.9. Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).....	136



6.12. Procedura di attivazione e Modalità di Effettuazione dell'Attività in modalità "Lavoro Agile" ..... 136

6.13. CCNL e Normativa Vigente..... 138

6.14. Dotazione Tecnologica del Dipendente..... 138

6.15. Indicatori di Performance Individuale..... 139

6.16. Indicatori Generali..... 140

6.17. Sospensione/Termine..... 141

6.18. Comunicazione delle Giornate di Attività in Lavoro Agile..... 141

6.19. Trattamento Giuridico ed Economico..... 142

6.20. Condotte Sanzionabili..... 142

6.21. Vincoli e Prescrizioni..... 142

6.22. Privacy..... 143

6.23. Sicurezza sul Lavoro..... 143

6.24. Documentazione..... 144

6.25. Decorrenza..... 144

**7. Piano delle Azioni Positive..... 145**

7.1. Premessa..... 145

7.2. Obiettivi Generali..... 145

7.3. Piano Operativo..... 145

7.3.1. Leggere L'Organizzazione..... 145

7.3.2. Formazione/Cultura..... 146

7.3.3. Sportello Ascolto CUG..... 146

7.3.4. Comunicare e Promuovere la cultura di genere..... 147

7.3.5. Integrazione del dipendente con disabilità..... 148

7.3.6. Attività consultiva del CUG..... 148

7.3.7. Age Management..... 149

7.3.8. Performance e Pari Opportunità..... 149

7.3.9. Contrasto alla Violenza di genere..... 150

7.3.10. Medicina di Genere..... 151

7.3.11. No Woman No Panel..... 152

**8. Efficiamento..... 153**

8.1. Premessa..... 153

8.2. Efficiamento Energetico..... 153

8.3. Piano della Mobilità..... 153

**9. Piano dei Fabbisogni del Personale..... 154**

9.1. Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024-2026..... 154

9.1.1. Premessa..... 154

9.1.2. Fabbisogni..... 155

9.2. Formazione del Personale..... 155

**10. Monitoraggio..... 157**



**ASL Lecce**

**PugliaSalute**

Piano Integrato di  
Attività e Organizzazione  
PIAO 2024 - 2026

**11. Allegati..... 158**



## 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 n. 502/92 e ss.mm.ii..

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 Km<sup>q</sup> su cui insiste una popolazione di 770.078 ab. (fonte ISTAT al 01.01.2023), 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":



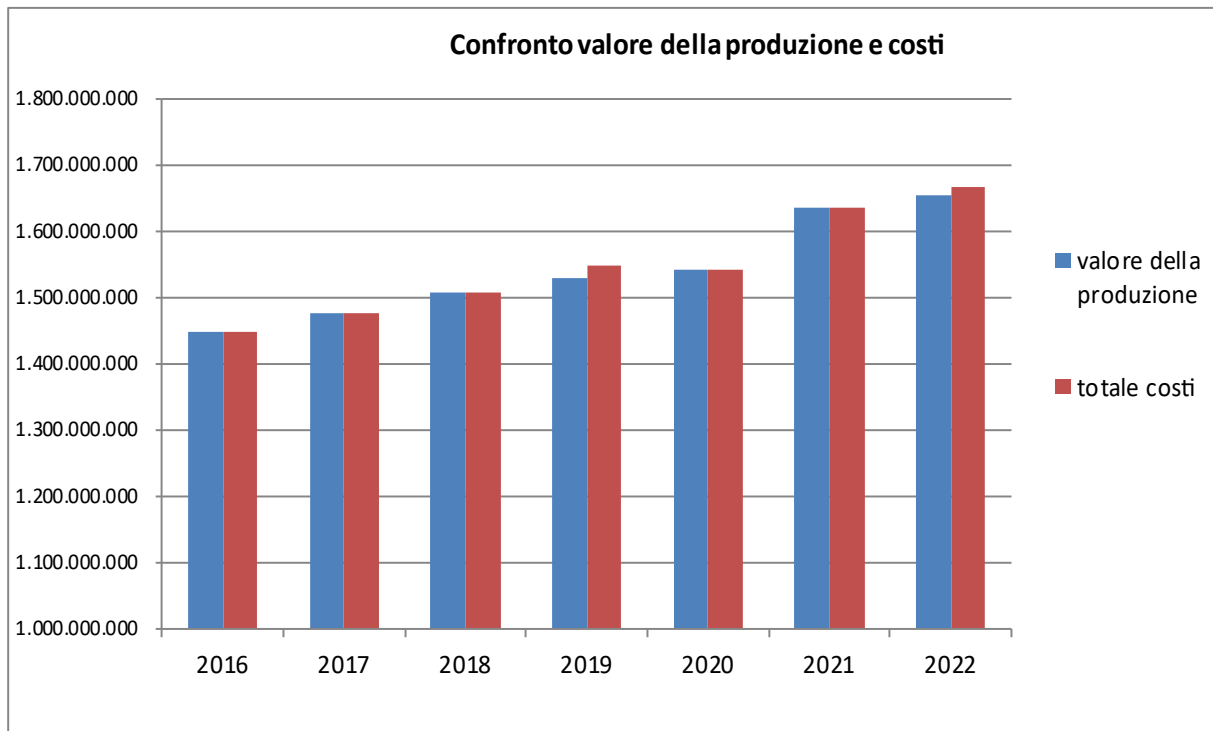
- **EGUAGLIANZA:** ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- **PARTECIPAZIONE:** l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le 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

voci di riferimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
valore della produzione	1.447.677.402	1.476.015.821	1.507.692.758	1.529.556.466	1.541.082.873	1.637.110.174	1.654.358.367
costi della produzione	1.427.911.582	1.449.824.932	1.493.776.588	1.515.675.606	1.521.528.362	1.612.680.918	1.639.658.213
altre voci di bilancio	19.706.907	26.143.034	13.913.885	33.059.957	19.554.411	24.425.546	28.687.190
<b>totale costi</b>	<b>1.447.618.488</b>	<b>1.475.967.965</b>	<b>1.507.690.473</b>	<b>1.548.735.563</b>	<b>1.541.082.773</b>	<b>1.637.106.463</b>	<b>1.668.345.403</b>
<b>risultato d'esercizio</b>	<b>58.914</b>	<b>47.855</b>	<b>2.284</b>	<b>- 19.179.097</b>	<b>100</b>	<b>3.710</b>	<b>- 13.987.036</b>

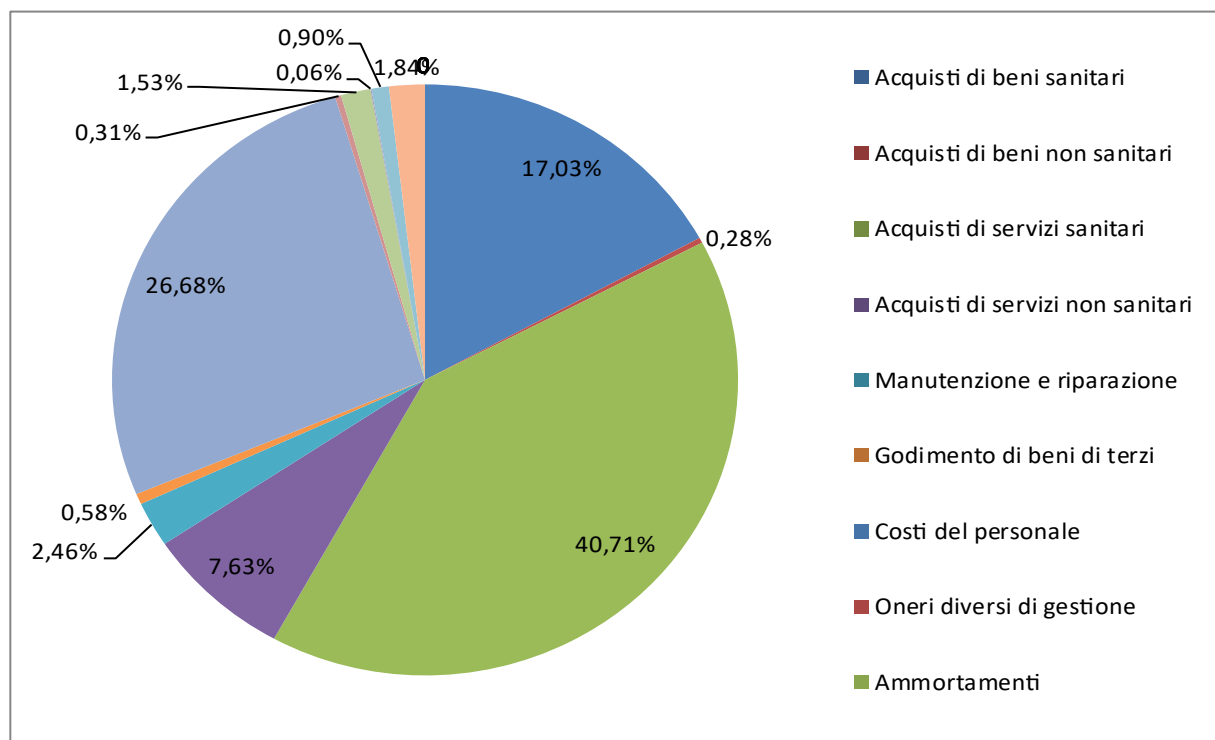




**Composizione per macro-aggregati dei costi di produzione - anni 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022**

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	valore_2022	inc.% su tot.costi
Acquisti di beni sanitari	260.393.581	17,43%	272.721.612	17,99%	270.267.205	17,76%	293.913.217	17,93%	279.203.870	17,03%
Acquisti di beni non sanitari	4.619.368	0,31%	4.878.155	0,32%	4.560.939	0,30%	5.173.681	0,32%	4.599.533	0,28%
Acquisti di servizi sanitari	657.922.076	44,04%	655.977.669	43,28%	653.404.884	42,94%	676.521.319	41,26%	667.482.087	40,71%
Acquisti di servizi non sanitari	86.977.695	5,82%	93.727.820	6,18%	94.681.868	6,22%	104.121.402	6,35%	125.073.503	7,63%
Manutenzione e riparazione	35.216.409	2,36%	36.050.597	2,38%	33.712.603	2,22%	38.045.187	2,32%	40.375.561	2,46%
Godimento di beni di terzi	4.527.930	0,30%	5.759.469	0,38%	7.406.421	0,49%	7.834.367	0,48%	9.447.951	0,58%
Costi del personale	402.910.736	26,97%	406.561.920	26,82%	419.275.331	27,56%	428.972.390	26,16%	437.382.937	26,68%
Oneri diversi di gestione	6.655.647	0,45%	5.516.940	0,36%	6.856.158	0,45%	4.938.109	0,30%	5.162.086	0,31%
Ammortamenti	18.294.861	1,22%	18.409.718	1,21%	18.613.622	1,22%	22.030.165	1,34%	25.039.234	1,53%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.356.082	0,09%	-	0,00%	-	0,00%	9.327.703	0,57%	914.185	0,06%
Variazione delle rimanenze	- 3.635.562	-0,24%	381.276	0,03%	- 7.589.515	-0,50%	- 11.393.138	-0,69%	14.784.649	0,90%
Accantonamenti	18.537.764	1,24%	15.690.430	1,04%	20.338.846	1,34%	33.196.516	2,02%	30.192.618	1,84%
<b>totale costi della produzione</b>	<b>1.493.776.588</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.515.675.606</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.521.528.362,00</b>	<b>100,00%</b>	<b>1.612.680.918,00</b>	<b>98,35%</b>	<b>1.639.658.214,00</b>	<b>100,00%</b>

**Composizione % macro-aggregati dei costi di bilancio esercizio 2022**

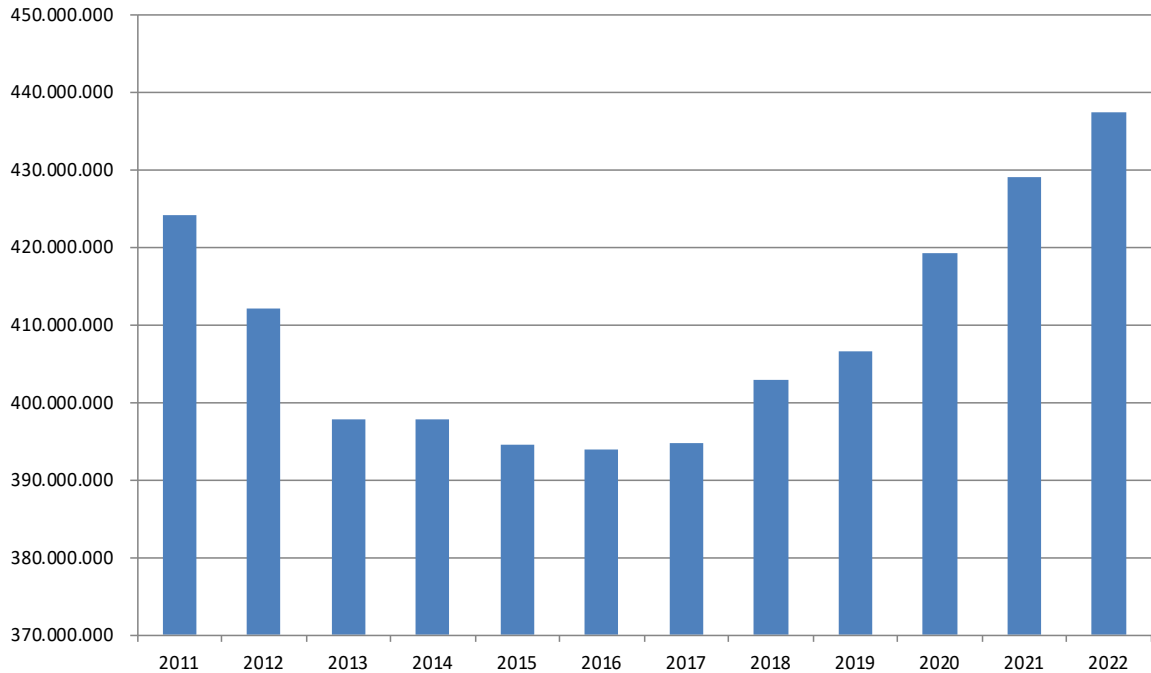




ANDAMENTO DEL COSTO DEL PERSONALE NEGLI ULTIMI DODICI ANNI

Costo del personale da bilancio dip.	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	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	428.972.390	437.382.937

Andamento costo del personale 2011 - 2022



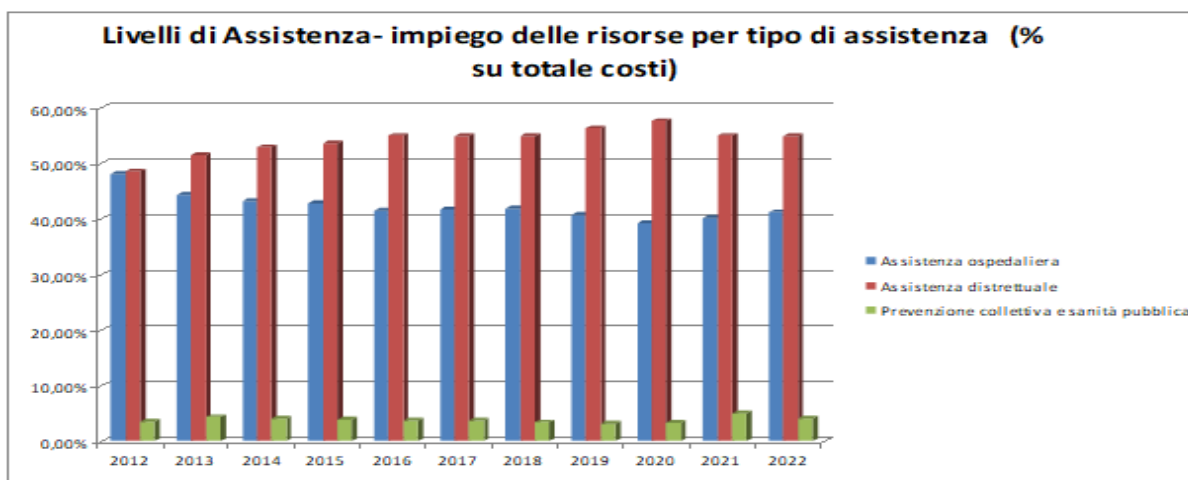
PERSONALE DIPENDENTE DAL 31.12.18 E AL 31.12.2022 DISTINTO PER RUOLO

Ruolo	AREA CONTRATTUALE	2018		2019		2020		2021		2022	
		n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.
<b>SANITARIO</b>											
	DIRIGENZA MEDICI	1.483	18,66%	1.427	17,85%	1.455	17,06%	1.422	16,48%	1.370	16,43%
	DIRIGENZA NON MEDICI	199	2,50%	196	2,45%	200	2,34%	206	2,39%	223	2,67%
	COMPARTO	4.124	51,90%	4.200	52,54%	4.483	52,56%	4.615	53,49%	4.594	55,09%
	<b>TOTALE RUOLO SANITARIO</b>	<b>5.806</b>	<b>73,45%</b>	<b>5.823</b>	<b>72,84%</b>	<b>6.138</b>	<b>71,97%</b>	<b>6.243</b>	<b>72,36%</b>	<b>6.187</b>	<b>74,19%</b>
<b>PROFESSIONALE</b>											
	DIRIGENZA	5	0,06%	6	0,08%	3	0,04%	4	0,05%	7	0,08%
	COMPARTO	5	0,06%	5	0,06%	6	0,07%	6	0,07%	6	0,07%
	<b>TOTALE RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>10</b>	<b>0,13%</b>	<b>11</b>	<b>0,14%</b>	<b>9</b>	<b>0,11%</b>	<b>10</b>	<b>0,12%</b>	<b>13</b>	<b>0,16%</b>
<b>TECNICO</b>											
	DIRIGENZA	9	0,11%	9	0,11%	9	0,11%	5	0,06%	7	0,08%
	COMPARTO	1.502	18,90%	1.582	19,79%	1.816	21,29%	1.840	21,33%	1.529	18,34%
	<b>TOTALE RUOLO TECNICO</b>	<b>1.511</b>	<b>19,11%</b>	<b>1.591</b>	<b>19,90%</b>	<b>1.825</b>	<b>21,40%</b>	<b>1.845</b>	<b>21,38%</b>	<b>1.536</b>	<b>18,42%</b>
<b>AMMINISTRATIVO</b>											
	DIRIGENZA	18	0,23%	17	0,21%	20	0,23%	8	0,09%	17	0,20%
	COMPARTO	601	7,56%	552	6,91%	537	6,30%	522	6,05%	586	7,03%
	<b>TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	<b>619</b>	<b>7,83%</b>	<b>569</b>	<b>7,12%</b>	<b>557</b>	<b>6,53%</b>	<b>530</b>	<b>6,14%</b>	<b>603</b>	<b>7,23%</b>
<b>TOTALE PERSONALE DIPENDENTE</b>		<b>7.946</b>	<b>100,00%</b>	<b>7.994</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.529</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.628</b>	<b>100,00%</b>	<b>8.339</b>	<b>100,00%</b>

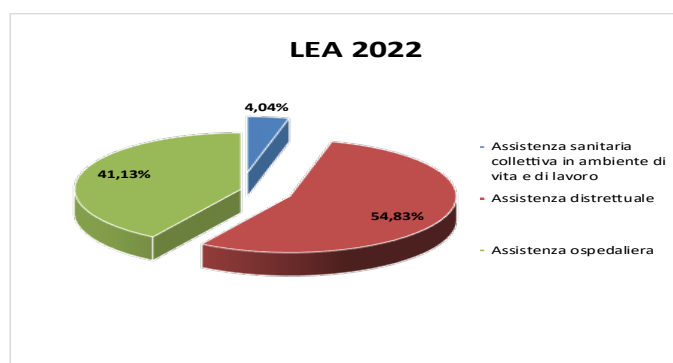


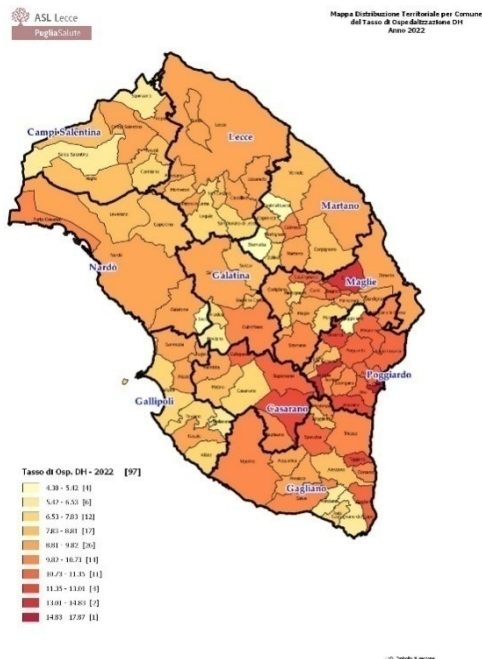
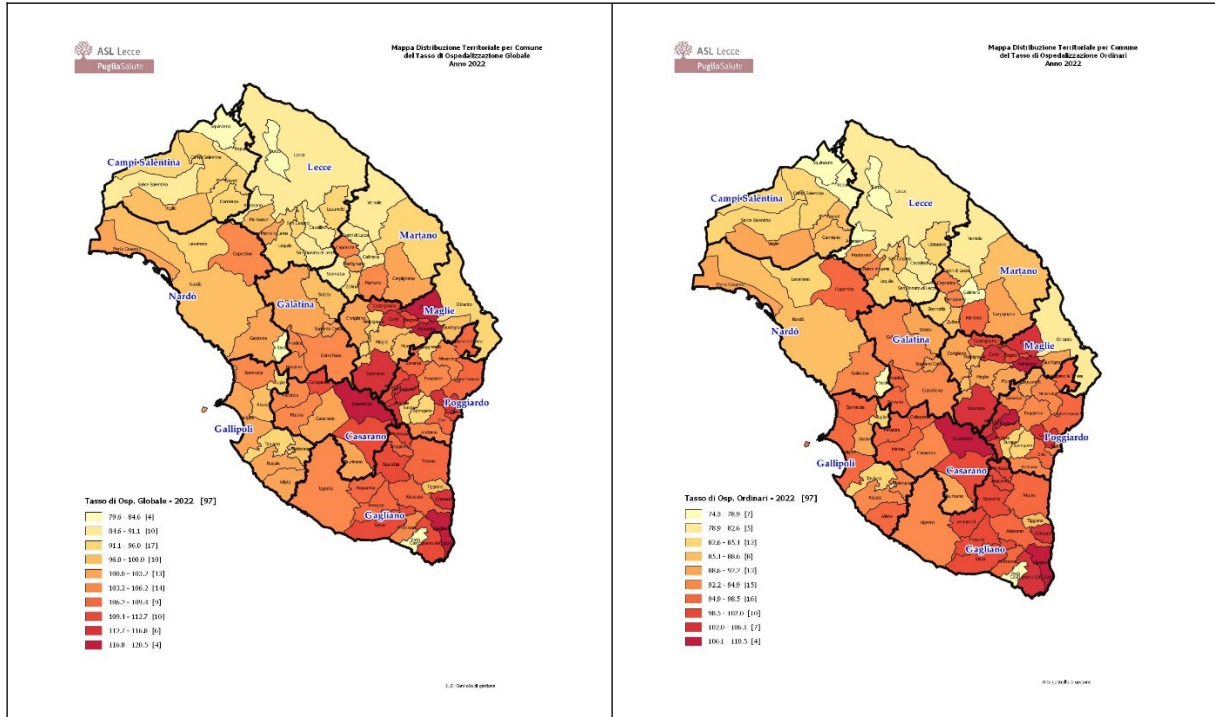
**Livelli di Assistenza- impiego delle risorse per tipo di assistenza (% su totale costi)**

ANDAMENTO IMPIEGO DELLE RISORSE PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ANNI 2012 - 2022											
Liv. Essenziali di Assistenza	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Assistenza ospedaliera	47,96%	44,21%	43,12%	42,76%	41,42%	41,58%	41,76%	40,67%	39,17%	40,14%	41,13%
Assistenza distrettuale	48,49%	51,44%	52,81%	53,41%	54,89%	54,75%	54,79%	56,18%	57,54%	54,86%	54,83%
Prevenzione collettiva e sanità pubblica	3,55%	4,35%	4,07%	3,83%	3,69%	3,67%	3,45%	3,15%	3,29%	5,00%	4,04%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



**Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza \* 1000 ab. - Anno 2022**





**Riquadro 1) Tasso ospedalizzazione globale**

- **Valore Medio 99,13**
- **Valore Min 79,63**
- **Valore Max 120,52**

**Riquadro 2) Tasso ospedalizzazione ordinari**

- **Valore Medio 90,11**
- **Valore Min 74,32**
- **Valore Max 110,47**

**Riquadro 3) Tasso ospedalizzazione DH**

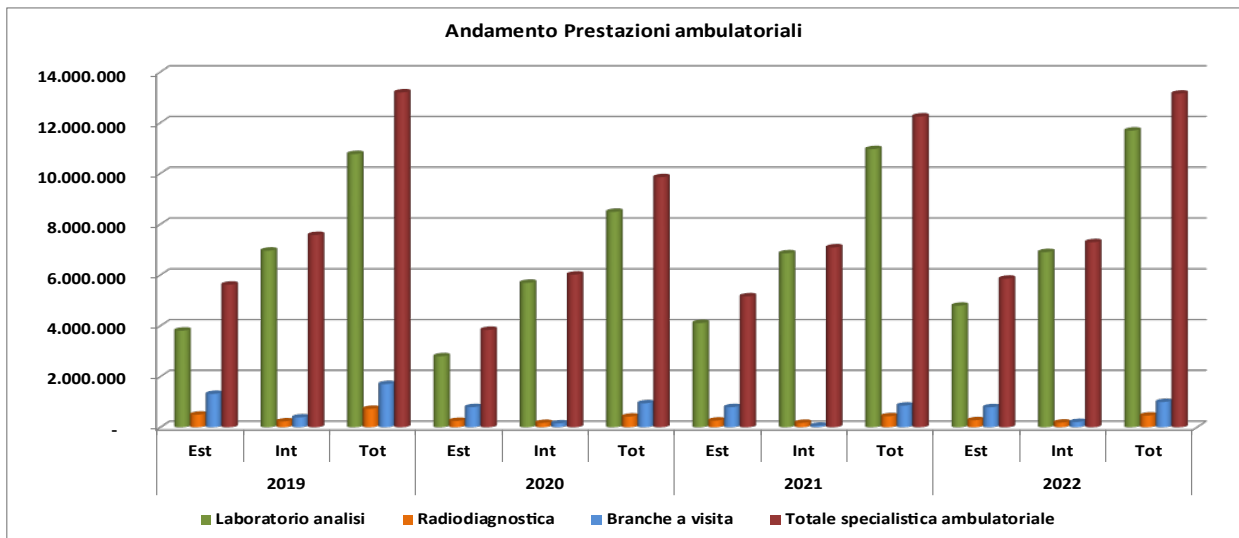
- **Valore Medio 9,02**
- **Valore Min 4,38**
- **Valore Max 17,87**



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

	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
<b>Totale specialistica ambulatoriale</b>	<b>5.616.744</b>	<b>7.574.406</b>	<b>13.191.150</b>	<b>3.836.620</b>	<b>6.014.309</b>	<b>9.850.929</b>	<b>5.157.631</b>	<b>7.085.527</b>	<b>12.243.158</b>

	2022		
	Est	Int	Tot
Laboratorio analisi	4.787.328	6.900.557	11.687.885
Radiodiagnostica	275.634	183.654	459.288
Branche a visita	788.602	206.797	995.399
<b>Totale specialistica ambulatoriale</b>	<b>5.851.564</b>	<b>7.291.008</b>	<b>13.142.572</b>







### 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 sociosanitari.

**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 opera-



tori 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



### 3.1.3. SERVIZIO DI FACILITAZIONE DIGITALE

L'evidenza riferita allo scarso utilizzo da parte dei cittadini dei servizi digitali offerti dalla P.A. e dalla ASL in particolare e la diffusa consuetudine di rivolgersi allo sportello per il disbrigo di pratiche sanitarie, soprattutto da parte di persone anziane e/o fragili con scarsa o assente conoscenza informatica, ha portato la Direzione Strategica a programmare interventi mirati con l'attivazione del servizio di facilitazione digitale.

A tal fine la ASL Lecce ha aderito, con progetti specifici, alla sperimentazione proposta dal Dipartimento delle Politiche Giovanili e del Servizio civile Universale che, nell'ambito del Programma Quadro "Servizio Civile Digitale" ha inteso promuovere azioni utili al raggiungimento dell'Obiettivo 4 dell'Agenda 2030: Garantire un'istruzione di qualità inclusiva ed equa e promuovere opportunità di apprendimento continuo per tutti e Obiettivo 10 dell'Agenda 2030 Ridurre le disuguaglianze all'interno dei e fra i Paesi.

Da maggio 2022, pertanto, presso i Distretti socio sanitari e nei Presidi Ospedalieri sono stati attrezzati spazi idonei in prossimità dei CUP e/o nei punti di maggiore affluenza di utenti ai quali è stata offerta, con il supporto di n° 25 volontari di servizio civile, la consulenza e l'accompagnamento per l'utilizzo del portale della salute e la fruizione dei servizi on line per prenotazioni, disdette, pagamento ticket ecc..

I cittadini hanno dimostrato grande soddisfazione per il servizio di facilitazione digitale offerto.

La considerazione che i cittadini ai quali è stato offerto il servizio sono per la maggior parte anziani e sono stati contattati nelle sedi della ASL, quando cioè il cittadino si è già recato presso gli Uffici preposti all'erogazione dei servizi, ha portato ad ipotizzare un possibile sviluppo ed evoluzione dei progetti in corso; l'Azienda cioè deve raggiungere il cittadino nel suo ambiente di vita, nelle occasioni offerte dalla vita associativa, presso gli studi medici, con il risultato auspicabile di una diminuzione dei cittadini che si recano presso i CUP aziendali.

In maniera sperimentale, pertanto, da dicembre 2023 e per un intero anno saranno impegnati n° 8 volontari di servizio civile che, presso i CUP dei Distretti di Lecce, Galatina e Poggiardo e presso gli studi medici singoli e/o associati dei territori interessati svolgeranno attività di facilitazione digitale.

In considerazione della necessità sempre più urgente di assicurare servizi di assistenza ed alfabetizzazione digitale a favore dei cittadini con basse competenze digitali, compresi nella fascia di età 18/74 anni, al fine di contrastare il divario digitale, la Regione Puglia, per il tramite dell'AReSS, ha proposto ad Enti Locali e Aziende Sanitarie l'attivazione di Punti di Facilitazione digitale. L'ASL Lecce, in continuità con il Servizio di Facilitazione digitale già avviato, ha aderito all'iniziativa attivando n° 4 Punti di Facilitazione digitale presso i Distretti socio sanitari di Maglie e Nardò e presso i Presidi Ospedalieri di Scorrano e Lecce.



## 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 2024-2026 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 770.078 ab. (fonte ISTAT al 01.01.2023), di cui 370.439 maschi e 399.639 femmine, distribuiti su 96 comuni raggruppati in 10 distretti sociosanitari.

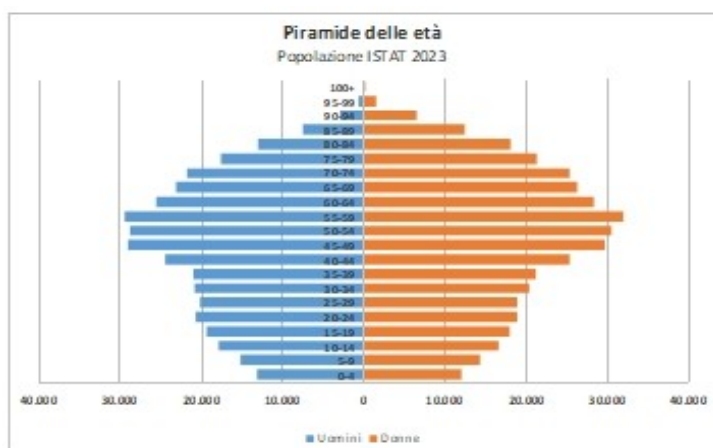


La distribuzione della popolazione per distretto e fasce di età è riportata nella tabella seguente:

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

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente al 01.01.2023 ha registrato un decremento di n. 2.198 unità, l'indice di vecchiaia (incidenza % della popolazione anziana sui giovani) continua a crescere, confermando per Lecce il maggior valore dell'intera regione, con un incremento, rispetto al 2022, del 1% della popolazione anziana (> 64 anni), di n. 1.883 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (<15 anni) di n. - 2.080 unità. L'incidenza della popolazione anziana (> 64 anni) sulla popolazione giovane (< 15 anni) è più del doppio, raggiungendo il valore di circa 222,81%.

Di seguito è riportata la struttura demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce al 01.01.2023 distinta per sesso e classi di età (intervalli di 5 anni) da cui si può rilevare la tendenza verso un progressivo decremento della popolazione.



Nella tabella che segue sono riportati i dati relativi all'evoluzione demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce, nel periodo 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	2003		2013		2023	
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti	%
0-14	121.462	15,37%	109.984	13,54%	89.024	11,56%
15-64	526.335	66,61%	527.228	64,89%	482.696	62,68%
65-74	81.560	10,32%	88.859	10,94%	96.514	12,53%
>75	60.813	7,70%	86.419	10,64%	101.844	13,23%
	<b>790.170</b>		<b>812.490</b>		<b>770.078</b>	

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

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 epidemiologi-





che, 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 D.G.R. 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%).

L'andamento dei ricoveri evidenzia un aumento del 16,5% nell'anno 2022 rispetto all'anno 2021, segno di ripresa dell'attività di ricovero a seguito del superamento delle restrizioni imposte dalla pandemia COVID-19, avvicinandosi ai volumi di attività rilevati nel 2019 ante pandemia. Si registra, tuttavia, un incremento anche della mobilità passiva extraregionale pari al 21,5%, in conseguenza della ripresa degli spostamenti tra le regioni nel periodo post pandemico.

Negli ospedali a gestione diretta, si registra un aumento dei ricoveri pari al 13,9% nel 2022 rispetto al 2021.

MDC	2019					Totale	
	Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico-Tricase	Mobilità infraregionale	Mobilità extraregionale		
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
N	Altri DRG	313	7	60	11	17	408
Pr	Altri DRG	254	2	72	13	68	409
	<b>TOTALE</b>	<b>57.632</b>	<b>8.027</b>	<b>17.753</b>	<b>4.911</b>	<b>11.012</b>	<b>99.335</b>



MDC	2020					
	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
N Altri DRG	295	5	56	6	8	370
Pr Altri DRG	114	3	64	30	63	274
<b>TOTALE</b>	<b>42.980</b>	<b>7.388</b>	<b>15.426</b>	<b>3.688</b>	<b>6.570</b>	<b>76.052</b>



		2021					
MDC		Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico-Tricase	Mobilità infraregionale	Mobilità extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.437	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
N	Altri DRG	304	5	84	21	10	424
Pr	Altri DRG	119	2	52	27	54	254
<b>TOTALE</b>		<b>43.550</b>	<b>7.624</b>	<b>17.222</b>	<b>4.113</b>	<b>7.776</b>	<b>80.285</b>

		2022					
MDC	Dsc MDC	Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico-Tricase	Mobilità infraregionale	Mobilità extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.587	720	1.579	395	817	6.098
02	Malattie e disturbi dell'occhio	605	26	625	121	252	1.629
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	879	251	617	218	354	2.319
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5.311	292	1.164	328	341	7.436
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.485	2.669	2.567	321	806	11.848
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	5.123	769	1.906	308	548	8.654
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.010	393	851	131	259	3.644
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.807	2.198	1.293	596	2.685	12.579
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.206	596	272	268	387	2.729
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	925	244	221	137	499	2.026
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.632	347	2.614	310	407	6.310
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	557	135	540	154	181	1.567
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.895	536	970	156	509	4.066
14	gravidanza. Parto e puerperio	5.025	-	1.417	200	149	6.791
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.560	-	1.279	122	3	4.964
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	614	26	150	42	97	929
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	629	38	368	189	391	1.615
18	Malattie infettive e parassitarie	1.484	19	437	62	109	2.111
19	Malattie e disturbi mentali	1.280	589	46	92	204	2.211
20	abudo di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	56	81	1	1	14	153
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	299	22	79	42	58	500
22	Ustioni	15	303	1	23	4	346
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.034	-	680	121	295	2.130
24	Traumatismi multipli rilevanti	69	-	8	2	3	82
25	DRG non classificabile	18	-	-	1	-	19
00	Altri DRG	477	9	148	50	73	757
<b>TOTALE</b>		<b>49.582</b>	<b>10.263</b>	<b>19.833</b>	<b>4.390</b>	<b>9.445</b>	<b>93.513</b>

Nel 2022 si registra un tasso di ospedalizzazione pari a 96,53 ricoveri per 1.000 abitanti, in incremento rispetto al 2021, pari a 94,92 ricoveri per 1.000 abitanti.



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	Anno 2022
A210	D.S.S. LECCE	18,01	3,00	12,17	8,15
A211	D.S.S. CAMPI S.NA	8,90	10,71	17,43	8,81
A212	D.S.S. NARDO'	27,59	10,09	6,15	6,17
A213	D.S.S. MARTANO	7,84	7,53	7,63	3,84
A214	D.S.S. GALATINA	29,21	6,23	9,50	9,59
A215	D.S.S. MAGLIE	17,17	3,30	13,41	-
A216	D.S.S. POGGIARDO	17,23	-	8,43	4,26
A217	D.S.S. GALLIPOLI	13,12	12,62	10,34	2,61
A218	D.S.S. CASARANO	19,13	7,83	-	8,04
A219	D.S.S. GAGLIANO	4,61	6,61	6,74	6,80
		<b>16,46</b>	<b>6,70</b>	<b>9,64</b>	<b>6,40</b>

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

Distretto di residenza		Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022
A210	D.S.S. LECCE	32,56	18,38	11,67	14,88
A211	D.S.S. CAMPI S.NA	31,04	3,43	6,89	13,80
A212	D.S.S. NARDO'	67,35	16,57	23,24	13,20
A213	D.S.S. MARTANO	18,03	-	11,88	-
A214	D.S.S. GALATINA	24,94	29,61	19,85	14,88
A215	D.S.S. MAGLIE	5,22	25,70	15,45	15,56
A216	D.S.S. POGGIARDO	19,14	6,31	6,31	6,36
A217	D.S.S. GALLIPOLI	32,86	12,18	16,39	4,10
A218	D.S.S. CASARANO	8,62	16,92	8,50	8,45
A219	D.S.S. GAGLIANO	3,49	3,42	27,55	17,28
		<b>26,81</b>	<b>13,75</b>	<b>14,90</b>	<b>11,90</b>



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

Distretto di residenza		2019	2020	2021	2022
A210	D.S.S. LECCE	222,78	145,34	163,38	155,38
A211	D.S.S. CAMPI S.NA	158,64	154,20	144,61	162,12
A212	D.S.S. NARDO'	242,47	245,30	275,53	217,77
A213	D.S.S. MARTANO	270,51	160,44	118,78	130,59
A214	D.S.S. GALATINA	219,43	256,64	173,72	148,82
A215	D.S.S. MAGLIE	370,64	277,56	200,79	222,96
A216	D.S.S. POGGIARDO	242,47	315,26	214,48	184,41
A217	D.S.S. GALLIPOLI	250,56	215,16	204,82	167,90
A218	D.S.S. CASARANO	314,47	186,15	178,41	202,87
A219	D.S.S. GAGLIANO	198,74	157,45	161,83	190,06
		<b>240,56</b>	<b>197,70</b>	<b>182,56</b>	<b>176,69</b>

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.

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 domiciliare integrata, la presa in carico della cronicità e l'assistenza in regime residenziale e semiresidenziale 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 / utenti 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, nel 2022 si registra un sostanziale mantenimento dei livelli di assistenza registrati nel 2021.



DSS	% anziani in cure domiciliari B28.1.1		
	Intero anno 2021	Intero anno 2022	Differenza 2022/2021
Dss Lecce	6,26%	5,67%	-0,59%
Dss Campi Sal.na	7,45%	6,75%	-0,70%
Dss Nardò	8,20%	7,59%	-0,61%
Dss Martano	8,19%	8,35%	0,16%
Dss Galatina	5,93%	5,72%	-0,21%
Dss Gallipoli	6,30%	6,24%	-0,06%
Dss Maglie	7,37%	7,14%	-0,23%
Dss Poggiardo	8,89%	8,75%	-0,14%
Dss Casarano	8,53%	7,66%	-0,87%
Dss Gagliano	7,78%	7,54%	-0,24%
<b>Valore Medio Aziendale</b>	<b>6,91%</b>	<b>6,90%</b>	<b>-0,01%</b>

Con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale, le tabelle seguenti evidenziano una costante ripresa dell'attività che, nel 2020, a seguito della pandemia, aveva registrato una notevole riduzione (- 25%) sul 2019. Infatti, nel corso del 2022, l'attività specialistica ambulatoriale mostra un incremento sul 2021 pari al 7,3%, trend confermato anche nel 2023 con una ulteriore crescita dell'8%, che ha consentito di superare i livelli di attività ante pandemia.

	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
<b>Totale specialistica ambulatoriale</b>	<b>5.616.744</b>	<b>7.574.406</b>	<b>13.191.150</b>	<b>3.836.620</b>	<b>6.014.309</b>	<b>9.850.929</b>	<b>5.157.631</b>	<b>7.085.527</b>	<b>12.243.158</b>

	2022		
	Est	Int	Tot
Laboratorio analisi	4.787.328	6.900.557	11.687.885
Radiodiagnostica	275.634	183.654	459.288
Branche a visita	788.602	206.797	995.399
<b>Totale specialistica ambulatoriale</b>	<b>5.851.564</b>	<b>7.291.008</b>	<b>13.142.572</b>



### 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.

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

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

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

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

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

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



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

Il funzionamento dei dipartimenti è stato definito da specifico regolamento aziendale, adottato con D.D.G. 303/2021 e ss.mm.ii., 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 2024, verranno assegnati, in apposite sessioni di budget per dipartimento, gli obiettivi di performance con relativi indicatori e valori target attesi.

---

### 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:

#### 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 6 marzo 2023, n. 262, ad oggetto "*L.R. n. 13/2019 – D.G.R. n. 735/2019 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa – Linee di indirizzo per l'aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa – Approvazione*";
- ◇ Deliberazione della Giunta Regionale 13 novembre 2023, n. 1568, ad oggetto "*D.G.R. n. 262 del 06/03/2023 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa ai sensi del decreto – legge 29 dicembre 2022 n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14*";
- ◇ 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 "D.G.R. 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".*
- ◇ *Deliberazione della Giunta Regionale 14 dicembre 2022, n. 1868, con cui è stato approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022".*

#### **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";*
- ◇ *Deliberazione della Giunta Regionale 3 luglio 2023, n. 919, con la quale la Regione Puglia, in attuazione della D.G.R. n. 412/2023, ha approvato lo schema di Regolamento recante "Modifica del Regolamento regionale n.14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015. Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018".*

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

- *D.G.R. 2 agosto 2019, n. 1487 "Schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 320 del 13/3/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. - Integrazione e nuova approvazione".*



- D.G.R. 6 febbraio 2023, n. 78, “D.Lgs. 171/2016 - L.R. n. 15/2018. Nomina Direttore Generale dell’ASL LE”;
- D.G.R. 13 novembre 2023, n. 1558, “Definizione e assegnazione degli obiettivi economico – gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere – Universitarie del S.S.R. biennio 2023 – 2024”.

**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 "Legge stabilità 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)

#### **OBIETTIVI DA DGR N. 78/2023 DI NOMINA DEL DG - "Obiettivi di mandato":**

Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle direttive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge

Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività neces-



sarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario – MOSS"

Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera.

Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideeterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria

Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla Legge regionale 24 marzo 2022, n. 7 e s.m.i.

Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, nonché della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici

Riconduzione graduale, nel corso di un triennio, dei valori di spesa di cui ai punti 5 e 6 ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale

Predisposizione di strumenti di monitoraggio aziendale dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti ecclesiastici e gli IRCCS, con particolare riferimento agli indicatori ex D.M. n. 70/2015, PNE e Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica

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

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

Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, ai sensi della D.G.R. n. 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza

Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio

Attuazione del Piano regionale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, attraverso un sistema di monitoraggio periodico dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale



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

Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati ai sensi dell'art. 8 quinquies D.Lgs. n. 502/92 nel rispetto delle linee guida, dei fondi di remunerazione e degli schemi-tipo di accordi contrattuali approvati dalla Giunta regionale

Nelle more della individuazione da parte della Regione Puglia degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. per il triennio 2024 - 2026, vengono ripresi, in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i successivi atti di programmazione regionale, gli obiettivi assegnati con DGR 13 novembre 2023, n. 1558, 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. biennio 2023-2024":

MACRO AREA OBIETTIVO: ASSISTENZA OSPEDALIERA							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Qualificazione assistenza ospedaliera	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	Scheda H022 _D.M. 12/03/2019	≥ 75%	Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività < 10 interventi annui
		SI	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Scheda H04Z _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	
		SI	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post – operatoria inferiore a 3 giorni	Scheda H05Z _D.M. 12/03/2019	≥ 75%	
		SI	Efficacia / Appropriatazza clinica	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Scheda H013C _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	
		NO	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	(Σ dimessi drg M/ Σ dimessi) * 100	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	
		NO	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	(Σ dimessi DH medici diagnostici/ Σ DH medici) * 100	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	DH diagnostici: Regime di ricovero = 2; DRG medico; Modalità dimissione ? 1; Diagnosti principale ? V580x o V581x; Motivo del ricovero: 1
		SI	Efficienza nell'erogazione	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Scheda H082a _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	
		NO	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Degenza media preoperatoria	Σ gg pre op./ Σ dimessi	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	Ricoveri per acuti in regime ordinario
		SI	Efficacia / Appropriatazza clinica / Sicurezza	Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno	Scheda H017C _D.M. 12/03/2019	< = 15%	
		SI	Efficacia / Appropriatazza clinica / Sicurezza	Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno	Scheda H018C _D.M. 12/03/2019	< = 25%	
		NO	Efficacia / Appropriatazza clinica / Sicurezza	Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	Protocollo 621 PNE (DM 70/2015)	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	
		NO	Efficacia / Appropriatazza clinica / Sicurezza	Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 50 interventi annui	Protocollo 104 PNE	≥ 75%	Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività < 3 interventi annui
Implementazione rete ospedaliera secondo disposizioni regionali		SI	Rispetto piano recupero liste d'attesa e adempimenti PNGLA	Rispetto tempi di attesa come da piano PNGLA e disposizioni regionali		SI/NO	
		SI	Rispetto delle disposizioni in materia di rete ospedaliera e attuazione regolamento di riordino	Adeguamento della rete ospedaliera alle disposizioni regionali		SI/NO	





MACROAREA OBIETTIVO: ASSISTENZA TERRITORIALE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Qualificazione assistenza territoriale	ASL	SI	Appropriatezza clinica / Appropriatezza organizzativa	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Scheda D22Z _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	sulla base delle soglie NSG 2021
		SI	Efficacia / Appropriatezza clinica	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Scheda D03C _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	
		SI	Efficienza/ Appropriatezza organizzativa	Intervallo Allarme – Target dei mezzi di soccorso	Scheda D09Z _D.M. 12/03/2019	21	
		SI	ADI – PNRR	Rispetto target PNRR come da disposizioni regionali		SI/NO	
		SI	Efficienza nell'erogazione / Appropriatezza organizzativa	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Scheda D10Z _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	Per il calcolo dell'indicatore è necessario che siano correttamente valorizzati i campi: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi. La valorizzazione dei suddetti campi deve essere > 90%.
		SI	Efficacia / Appropriatezza clinica	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Scheda D27C _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	

MACROAREA OBIETTIVO: ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	ASL	SI	Efficienza / Appropriatezza organizzativa	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	Scheda D83za _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	sulla base delle soglie NSG 2021
		SI	Efficienza / Appropriatezza organizzativa	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Scheda D80Z _D.M. 12/03/2020	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	
		SI	Efficienza / Appropriatezza organizzativa	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale		SI/NO	

MACROAREA OBIETTIVO: RAPPORTI CON EROGATORI							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Qualificazione della spesa sanitaria	ASL	SI	Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria primaria	Adozione Regolamento AFT		SI/NO	
		SI	Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati entro il 30/04	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	

MACROAREA OBIETTIVO: ACCREDITAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Qualificazione strutture pubbliche	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Qualità ed efficienza organizzativa	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	



MACROAREA OBIETTIVO: RISCHIO CLINICO							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Implementazioni delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Garantire l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali (applicabili alla propria realtà aziendale) monitorandone l'attuazione	La valutazione è positiva qualora sia stato implementato, nell'arco di un triennio, il 90% delle Raccomandazioni (applicabili) con monitoraggio semestrale dell'attuazione		SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la sicurezza sanitaria e la gestione del rischio del paziente
		SI	Elaborare, attraverso la propria Unità Aziendale di Gestione del Rischio, la relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) secondo le Linee di indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente (CRRIS) istituito presso AreSS Puglia	Trasmissione da parte dei Direttori Generali al Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente di una relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)		SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la sicurezza sanitaria e la gestione del rischio del paziente
		SI	Si promuovono e garantiscono l'attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra Unità aziendale di gestione del Rischio e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni (rischio infettivo, sicurezza degli operatori, gestione qualità e accreditamento, sicurezza trasfusionale, governo clinico e appropriatezza delle cure, ecc.)	Costituzione di un Board aziendale dedicato alla sicurezza delle cure con realizzazione di almeno n. 2 progetti multidisciplinari per anno di attività		SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la sicurezza sanitaria e la gestione del rischio del paziente
MACROAREA OBIETTIVO: MEDICINA DI GENERE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Formazione operatori sanitari	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Previsione obbligo formativo in medicina di genere	Organizzazione corso formativo	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO	



MACROAREA OBIETTIVO: PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Piano Regionale Prevenzione	ASL	SI	Completezza e qualità dei dati e realizzazione obiettivi PRP	Caricamento dati e documenti nella piattaforma nazionale PRP e raggiungimento obiettivi previsti dai Programmi del PRP (Questionario LEA 2021 – U.1.1)	1) Dati e documenti caricati entro i termini previsti dal Ministero / Dati e documenti previsti; 2) Raggiungimento obiettivi annuali del PRP	1) 100%; 2) 100%	Per gli obiettivi di ciascun programma del PRP si vedano le schede di dettaglio già nella disponibilità delle ASL
Flussi informativi dei Sistemi di sorveglianza	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Completezza e qualità dei dati	Livello di qualità, completezza e tempestività dei flussi informativi previsti dal questionario LEA, da disposizioni nazionali e regionali afferenti all'ambito di prevenzione e della promozione della salute (Questionario LEA + Obblighi informativi Puglia)	Rapporto percentuale tra livello atteso di completezza e qualità dei dati e livello rilevato	100%	Rappresenta il livello di completezza, qualità e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi dell'ambito prevenzione e promozione della salute gestiti mediante sistemi informativi nazionali e regionali
Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	ASL	SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (plio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (NSG – P01C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	≥ 95%	Indicatore CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (NSG – P02C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	≥ 95%	Indicatore CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale pneumococcica (NSG – P03C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	≥ 95%	Indicatore NO CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale anti-meningococcica C (NSG – P04C)	Rapporto percentuale tra: 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 e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	≥ 95%	Indicatore NO CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale anti-HPV (NSG – P05C)	Rapporto percentuale tra: numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	Indicatore NO CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (NSG – P06C)	Rapporto percentuale tra: numero di vaccinazioni antinfluenzali stagionali effettuate nei soggetti di età >= 65 anni e popolazione residente degli ultra65enni	≥ 75%	Indicatore NO CORE



Screening oncologici	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Potenziamento screening oncologici	Proporzione di persone che eseguono test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina (NSG – P15Ca) (Adesione)	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali	55	Indicatore CORE. L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100%. Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021
		SI	Potenziamento screening oncologici	Proporzione di persone che eseguono test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella (NSG – P15Cb)	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali, per ciascun programma (mammella, cervice uterina, colon retto)	40	Indicatore CORE. L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100%. Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021
		SI	Potenziamento screening oncologici	Proporzione di persone che eseguono test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto (NSG – P15Cc)	Rapporto tra numero di soggetti residenti nella Regione che eseguono test di screening di primo livello e numero di soggetti residenti nella Regione, in età target secondo le raccomandazioni ministeriali	20	Indicatore CORE. L'adesione deve essere crescente rispetto all'anno precedente e tendente al 100%. Il calcolo dell'indicatore avviene secondo la formula prevista dalle Note alla compilazione del Questionario LEA 2021
Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Attuazione linee strategiche e organizzative del Piano Regionale Prevenzione Vaccinale (PRPV)	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento dell'offerta vaccinale per il perseguimento degli obiettivi PRPV	Azioni completate / Azioni previste dal PRPV	80%	Si intende la percentuale di completamento di alcune azioni di dettaglio previste previste a carico di ciascuna ASL/AOU/IRCCS pubblico dal PRPV
	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	PanFlu Puglia 2021-2023 e PanFlu Puglia 2024-2026	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento delle attività previste dal PanFlu Puglia 2021-2023 e 2024-2026	Azioni completate / Azioni previste dal PanFlu Puglia	50%	Si intende la percentuale di completamento di alcune azioni di dettaglio previste previste a carico di ciascuna ASL/AOU/IRCCS pubblico dal PanFlu
	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	PRCAR Puglia 2023-2025	Adozione provvedimenti aziendali per l'organizzazione e il potenziamento delle attività previste dal PRCAR 2023-2025	Azioni completate / Azioni previste dal PRCAR Puglia	70%	Si intende la percentuale di completamento di alcune azioni di dettaglio previste previste a carico di ciascuna ASL/AOU/IRCCS pubblico dal PRCAR
	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	PNC PRACSI Investimento 1.1 "Salute, Ambiente, Biodiversità e Clima"	Realizzazione interventi finanziati nei tempi previsti dal cronoprogramma e dagli Accordi ISS-Regione-ASL-ARPA-ISS al fine di rafforzare le strutture del SRPS-SNPA	Interventi realizzati e rendicontati / Cronoprogramma PNC-PRACSI	100%	Si intende la percentuale di completamento nei tempi previsti del cronoprogramma PNC PRACSI
Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani	ASL	SI	Indicatore composito sugli stili di vita	Proporzione soggetti con comportamenti / stili di vita non salutarie (NSG – P14C)	Percentuale di soggetti che presentano un punteggio maggior o uguale a due (inteso come somma dei punteggi relativi a 4 indicatori: Fumo / eccesso ponderale, alcool e sedentarietà) sulla popolazione stimata residente (18 – 69)	< valore baseline	CORE

MACROAREA OBIETTIVO: PREVENZIONE SANITA' VETERINARIA

Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Salute animale e igiene urbana e veterinaria	ASL	SI	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	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino (NSG – P10Z)	% = (% aziende bovine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende ovicaprine controllate per anagrafe x 0,05) + (% capi ovicapri controllati per anagrafe x 0,05) + (% aziende suine controllate per anagrafe x 0,1) + (% aziende equine controllate per anagrafe x 0,1) + (% allevamenti apistici controllati per anagrafe x 0,1) + (% esecuzione del PNAAX x 0,03) + (% controlli di farmacosorveglianza veterinaria x 0,2)	100%	CORE



MACROAREA OBIETTIVO: PREVENZIONE E SICUREZZA ALIMENTARE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Sicurezza Alimentare – Tutela della salute dei consumatori	ASL	SI	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca delle sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca delle sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale (NSG – P122)	$\% = (\% \text{ di copertura del PNR} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale di residui fitosanitari} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari} \times 0,2)$	100%	CORE
		NO	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA registrati	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04	Numero di ispezioni e audit effettuati / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 * 100	20%	
		SI	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA riconosciuti	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG – P132)	Numero di ispezioni e audit effettuati / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 * 100	33%	NO CORE

MACROAREA OBIETTIVO: PREVENZIONE E SICUREZZA ALIMENTARE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Sicurezza Alimentare – Tutela della salute dei consumatori	ASL	SI	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca delle sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca delle sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale (NSG – P122)	$\% = (\% \text{ di copertura del PNR} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale di residui fitosanitari} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari} \times 0,2)$	100%	CORE
		NO	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA registrati	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04	Numero di ispezioni e audit effettuati / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 * 100	20%	
		SI	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA riconosciuti	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG – P132)	Numero di ispezioni e audit effettuati / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 * 100	33%	NO CORE

MACROAREA OBIETTIVO: PREVENZIONE E SICUREZZA ALIMENTARE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Sicurezza Alimentare – Tutela della salute dei consumatori	ASL	SI	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca delle sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca delle sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale (NSG – P122)	$\% = (\% \text{ di copertura del PNR} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale di residui fitosanitari} \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari} \times 0,2)$	100%	CORE
		NO	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA registrati	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04	Numero di ispezioni e audit effettuati / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 * 100	20%	
		SI	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA riconosciuti	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG – P132)	Numero di ispezioni e audit effettuati / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 * 100	33%	NO CORE



MACROAREA OBIETTIVO: ASSISTENZA FARMACEUTICA							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Assistenza farmaceutica	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Consumo di farmaci sentinella /traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi definite giornaliere (DDD) e popolazione residente nella ASL / Regione	Numeratore: consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente. Denominatore: Popolazione residente. Fattore di scala: (x	7263	sulla base delle soglie NSG 2021
Farmaceutica convenzionata	ASL	NO	Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata	Spesa netta DCR aziendale convenzionata, al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito sulla base della popolazione pesata della ASL) e addizionato al valore del ticket	Spesa netta DCR - PAYBACK + TICKET ≤ ET < tetto aziendale assegnato con delibera Giunta Regionale	100%	Rispetto del tetto di spesa farmaceutica convenzionata aziendale assegnato con DGR n. 511/2023
Farmaceutica acquisiti diretti	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata	Spesa farmaceutica Acquisti diretti rilevata da flussi dei consumi aziendali al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito in maniera proporzionale al tetto aziendale rispetto al tetto regionale) di vaccini e innovativi con accesso al fondo	Spesa netta acquisti diretti farmaci e gas medicali - PAYBACK - spesa netta vaccini - spesa netta farmaci innovativi con accesso al fondo < tetto aziendale assegnato con delibera Giunta	100%	Rispetto del tetto di spesa farmaceutica per acquisiti diretti aziendale assegnato con DGR n. 513/2023
Dispositivi medici	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Diminuzione della spesa per dispositivi medici	Spesa per acquisto diretto DM rilevata dai conti economici aziendali	Spesa netta acquisiti diretti DM < tetto aziendale assegnato con delibera Giunta Regionale	100%	Raggiungimento dell'obiettivo minimi di riduzione di spesa assegnato per l'anno di riferimento con DGR n. 512/2023



MACROAREA OBIETTIVO: ASPETTI ECONOMICO FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Riduzione tempi pagamento	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Indice di tempestività dei pagamenti (ITP), ai sensi dell'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014, è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nei periodi di riferimento. Saranno considerate nel calcolo le fatture dell'anno oggetto della valutazione. Sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile, essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione	ITP ≤ 0	Ai sensi dell'art. 1, comma 865, della legge n. 145/2018, la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%
Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario		NO		Al fine del rispetto dell'equilibrio economico – finanziario e di quanto prescritto dal comma n. 174, art. 1 della Legge n. 311/2004, si rende necessario fissare alcune scadenze imprecisabili che le Aziende del S.S.R. devono rispettare con riferimento al bilancio d'esercizio	1) Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'anno di riferimento – trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoria economica con riferimento all'esercizio precedente: a) CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali; b) CE IV trimestre esteso in formato excel; c) tabella quadratura CE A0030 e CE A0070; d) riepilogo note di credito farmaci; e) dettagli su accantonamenti, voci straordinarie e svalutazioni; f) riepilogo tetti e spesa ospedaliera – specialistica da privato; g) dettaglio investimenti con fondi propri (excel e relazione); h) altri dettagli richiesti nelle LL.GG. 2) Entro il 15 marzo dell'anno successivo all'anno di riferimento – trasmissione, con riferimento all'esercizio economico dell'esercizio precedente, della bozza del modello CE e del modello SP. 3) Entro il 29 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente, del modello CE e del modello SP definitivi	Rispetto delle scadenze del 2025 con riferimento all'esercizio economico 2024	
Gestione sanitaria accentrata	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Quadratura tra contabilità analitica e contabilità generale	Trasmissione, entro il 30 giugno, del Bilancio di verifica per Centro di costo in quadratura con il Bilancio dell'esercizio relativo all'esercizio precedente, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'azienda, del Presidio e della singola Unità Operativa in termini di efficienza e di efficacia, nonché del completamento dei progetti regionali correlati		Invio entro il 30 giugno 2024	



Gestione sanitaria accentrata	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Quadratura tra contabilità analitica e contabilità generale	Trasmissione, entro il 1 agosto, del Bilancio di verifica per Centro di costo al 30.06.2024 in quadratura con il Conto Economico modello CE AL 30.06.2024, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'azienda, del Presidio e della singola Unità Operativa in termini di efficienza e di efficacia, nonché del completamento dei progetti regionali correlati	Data trasmissione documenti / Data effettiva	Invio entro il 1 agosto 2024	
Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Avvio Sistema MOSS	Effettivo avvio del sistema autorizzatorio certificato con relazione da parte della software house e/o DEC progetto	Data di avvio prevista / Data effettiva	100%	
Sistema Informativo per il Monitoraggio della Spesa del Servizio Sanitario Regionale	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Avvio controllo interno	Avvio del processo di controllo interno in tutte le aziende secondo gli indicatori che verranno definiti con Atto Dirigenziale di futura predisposizione	Numero processi avviati / Numero processi previsti	100%	

**MACROAREA OBIETTIVO: SANITA' DIGITALE**

Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	Indicatori fissati dal DM 8/8/2022	Documenti indicizzati / n.ro prestazioni erogate	> 90%	
					N.ro MMG che alimenta il FSE/n.ro MMG	85%	
					N.ro documenti CDA2/n.ro documenti indicizzati	90%	
					N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati	90%	
Digitalizzazione Cartella Elettronica	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Diffusione e corretta gestione della Cartella Clinica Elettronica	Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica di reparto e progressiva dematerializzazione delle cartelle cliniche	Numero delle cartelle cliniche completamente digitali sul numero delle cartelle cliniche totali	Almeno 25%	
Digitalizzazione Cartella Elettronica	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Assistenza farmaceutica: riduzione dello scostamento tra i consumi trasmessi con i flussi distribuzione diretta, distribuzione per conto, consumi ospedalieri e il dato desumibile dal modello CE	Totale Flussi (DD, DP, CO) / totale valore CE	Almeno + 15%	
Completezza e qualità dei flussi informativi	ASL	SI	Aumento assistiti over 65 in ADI come da DM 23.01.2023	Aumento delle prestazioni domiciliari inserite nel flusso per gli over 65	Baseline 2019 + Aumenti incrementali fissati dal DM	Almeno + 25%	

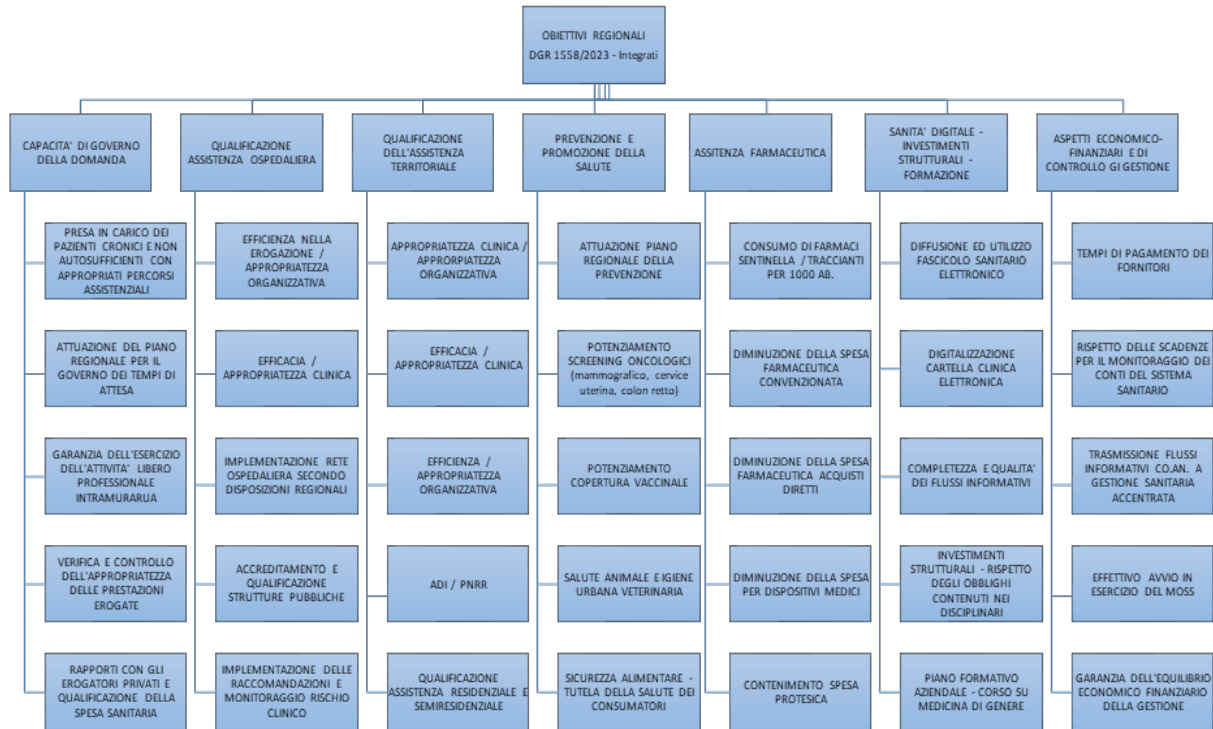
**MACROAREA OBIETTIVO: INVESTIMENTI STRUTTURALI**

Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2024	Note
Capacità progettuale e spesa per investimenti	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Raggiungimento del target di spesa	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	100%	
Completezza e qualità dei flussi informativi		NO	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020	SI/NO	100%	
Capacità progettuale e spesa per investimenti		NO	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Indicatori fissati nel CIS	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	100%	Rispetto delle scadenze di milestone e target PNRR





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 2024, la Direzione Generale ha definito, sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, le Linee Guida per il *Budget* anno 2024 assegnando ai dipartimenti aziendali i seguenti obiettivi operativi di *performance* prioritari per l’anno 2024.

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

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

#### 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.



Dagli indirizzi regionali, costituiscono obiettivi specifici del Dipartimento di Prevenzione:

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

### **Potenziamento delle Attività di Screening per le Principali Neoplasie**

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

#### **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 D.G.R. n. 134/2022, nonché la D.G.R. n. 1868/2022, con la quale la Regione Puglia ha approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”, anche in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ribadisce l’importanza di coniugare la riorganizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento delle strutture territoriali in una logica di continuità assistenziale.

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

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.
- Implementare le misure previste nel piano aziendale per il governo delle liste di attesa adottato in attuazione delle D.G.R. n. 735/2019, n. 262/2023 e n. 1568/2023.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (visite ambulatoriali, esami strumentali diagnostici e/o operativi, day service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche in attuazione della programmazione aziendale anche ai fini dell’abbattimento delle liste di attesa e del contenimento dei ricoveri inappropriati.
- Potenziare le cure domiciliari nel rispetto dei valori soglia definiti nel Nuovo Sistema di Garanzia e dalla D.G.R. n. 1558/2023.
- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologia oncologica assistiti dalla rete di cure palliative domiciliare e in hospice, nel rispetto degli indicatori previsti dalla D.G.R. 1558/2023.



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

### **Dipartimento di Salute Mentale**

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 2024, 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 sovra-distrettuale: CSM Lecce, CSM Campi, CSM Nardò – Galatina, CSM Martano – Maglie – Poggiardo, CSM Casarano – Gallipoli, CSM Gagliano del Capo, oltre alle UOSD: Centro di Psicoterapia dell'infanzia e adolescenza, Centro disturbi alimentari, Psichiatria penitenziaria e forense.

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

Nel corso dell'anno 2024, l'unità di Neuropsichiatria Infantile proseguirà nell'obiettivo di consolidare l'unitarietà organizzativa e gestionale di tutte le attività di competenza precedentemente frammentate in differenti strutture (anche mediante il pieno utilizzo del sistema informativo della salute mentale) e nel perseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale per l'assistenza ambulatoriale e diurna dei pazienti affetti da autismo, nonché per l'assistenza in regime ospedaliero con l'attivazione di n.12 posti letto presso il P.O. di Galatina, istituiti con D.G.R. n. 919 del 03/07/2023.

#### 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 afferenti alla neuropsichiatria infantile
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in attuazione della programmazione aziendale per il governo delle liste di attesa
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione
- Contenere il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne
- Contenere il numero di TSO ai residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente



- Contenere il tasso di ospedalizzazione di minori per patologie psichiatriche
- Contenere i ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
- Migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle strutture residenziali e diurne a gestione diretta
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture residenziali e diurne pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale nel rispetto degli accordi contrattuali sottoscritti
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

### **Dipartimento Dipendenze Patologiche**

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 in attuazione della programmazione aziendale per il governo delle liste di attesa.
- ✓ Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- ✓ Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali.
- ✓ Migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- ✓ Migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto di riabilitazione ospedaliera in dotazione.
- ✓ Contenere la degenza media su standard definiti per tipologia di trattamento (riabilitazione fisica, neurologica, pneumologica, cardiologica).
- ✓ Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni riabilitative erogate dalle strutture private accreditate nel rispetto degli accordi contrattuali sottoscritti.
- ✓ Assicurare gli interventi necessari per la verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni, delle autorizzazioni e per i controlli sulla corretta erogazione degli ausili protesici, ai fini del contenimento della spesa per assistenza protesica nel rispetto dei vincoli stabiliti dalla Regione.
- ✓ Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.



#### 3.4.4. OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Sul versante della programmazione ospedaliera la Regione Puglia, con Deliberazione della Giunta Regionale 3 luglio 2023, n. 919, in attuazione della D.G.R. n. 412/2023, ha approvato lo schema di Regolamento recante "Modifica del Regolamento regionale n.14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015. Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018", confermando l'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 dei ricoveri e delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- ✓ Implementare le misure previste nel piano aziendale per il governo delle liste di attesa adottato in attuazione delle D.G.R. n. 735/2019, n. 262/2023 e n. 1568/2023.



- ✓ Assicurare il governo dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero, esami strumentali diagnostici e/o interventistici, diagnostica di laboratorio, day service e ambulatoriali, secondo i criteri di priorità previsti nel Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa.
- ✓ Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- ✓ Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali e regionali.
- ✓ Assicurare la massima collaborazione con le Aree centrali nella realizzazione degli interventi previsti e finanziati con il PNRR.
- ✓ Contenere la degenza media e i ricoveri oltre soglia, anche mediante il corretto utilizzo degli strumenti disponibili per le Dimissioni Ospedaliere Protette (DOP), nonché il trasferimento in reparti di riabilitazione e lungodegenza.
- ✓ Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.
- ✓ Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente (Cod. H01Z\_D.M. 12/03/2019).
- ✓ Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui (Cod. H02Z\_D.M. 12/03/2019).
- ✓ Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 50 interventi annui.
- ✓ Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario (Cod. H04Z\_D.M. 12/03/2019).
- ✓ Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici.
- ✓ Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico.
- ✓ Degenza media preoperatoria.
- ✓ Tasso di ospedalizzazione (standardizzato \*100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e per gastroenterite.



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

#### 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 emode-



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

#### 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 TECNICO – AMMINISTRATIVE

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





- ✓ Monitorare le attività programmate mediante la rendicontazione economica trimestrale, la contabilità analitica, l'andamento del budget e dei risultati raggiunti.

#### 3.4.9. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI AGLI UFFICI DI STAFF

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

#### 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. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il Ministro per la pubblica Amministrazione, con la direttiva, del 28 novembre 2023, ha dato nuove indicazioni in materia misurazione e valutazione della performance individuale, volte a:



- misurare l'efficacia e l'utilità dei sistemi di valutazione attualmente in uso per la valutazione della performance individuale dei dirigenti, ponendo al centro del processo di valutazione la leadership quale leva abilitante per il funzionamento delle organizzazioni; a tal proposito, sono state valorizzate altre forme di valutazione: dal basso, fra pari, collegiale, da parte di stakeholder esterni;
- ribadire l'importanza del rispetto dei limiti previsti in sede di contrattazione collettiva per le "eccellenze";
- promuovere il ruolo fondamentale della formazione nella valutazione individuale. In particolare, per i dirigenti occorrerà stabilire priorità formative sia per il perfezionamento delle competenze personali, sia per l'efficace svolgimento del ruolo dirigenziale, al fine di poter guidare con successo il personale assegnato e fungere da leader del cambiamento nell'organizzazione;
- favorire l'individuazione di nuove forme di premialità, in relazione al conseguimento di elevate performance individuali ed organizzative, valorizzando in questo modo il merito e riconoscendo il valore aggiunto che ciascuno può rappresentare all'interno dell'amministrazione.

Alla suddetta direttiva, ha fatto seguito la nota del 24 gennaio 2024, acquisita al prot. aziendale n. 38068 del 25 gennaio 2024, con cui il Ministro della Pubblica Amministrazione fornisce le prime indicazioni operative in materia di misurazione e valutazione della performance individuale, incentrandosi su due punti fondamentali:

- necessità che l'assegnazione degli obiettivi al personale avvenga entro e non oltre il mese di febbraio;
- promozione di un'adeguata partecipazione dei dirigenti e del personale ad essi assegnato ad attività di formazione, per un impegno non inferiore alle 24 ore annue.

Alla luce delle nuove indicazioni ministeriali, quest'Azienda procederà ad adeguarsi a quanto specificatamente impartito dalle direttive richiamate.

#### 3.4.12. 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 ordi-



ne 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 pubblica 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 delineava 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.

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.

Nell'anno 2023, sono state effettuate n. 4 Assemblee

**Assemblea del 02.02.2023** avente per ordine del giorno:

- relazione del Presidente CCM;
- lettura e approvazione assemblea del 20.10.2022;
- Gruppi di Lavoro del CCM: ruolo e valenza attività. Modifiche;
- costituzione di un Gruppo operativo permanente;
- attività dell'istituzione del CCM nel triennio 2023 - 2025;
- presenza Rappresentanza Associazioni in diversi servizi ASL;
- varie ed eventuali.

**Assemblea del 30.03.2023** avente per ordine del giorno:

- lettura e approvazione assemblea precedente;
- definizione tra Direzione Strategica e CCM;
- varie ed eventuali.

**Assemblea del 04.10.2023** avente per ordine del giorno:

- lettura e approvazione verbale precedente;
- revisione Tavoli tematici;
- indicazioni regionali RUNS;
- comunicazioni decadenza del Presidente;
- varie ed eventuali.

**Assemblea 04.12.2023** con il seguente ordine del giorno:

- lettura e approvazione verbale precedente;



- elezione Presidente CCM;
- elezione Vice Presidente CCM;
- nomina segreteria CCM;
- varie ed eventuali.

Nel 2023 si è concordato con la Direzione Sanitaria, viste le molteplici richieste pervenute dalle Associazioni, non evase nell'anno precedente, di elaborare un cronoprogramma condiviso per effettuare Tavoli Tematici programmati.

Sono stati effettuati n. 3 Tavoli tematici:

1. Tavolo della disabilità che si è tenuto il 16 maggio del 2023 ed ha trattato la Riabilitazione neurologica e continuità assistenziale - (bambini e adulti) con la presenza di alcuni esperti del settore (Dott.ssa Del Prete M. Cristina - Dott.ssa Margiotta Luciana).
2. Tavolo tematico sulla Malattie rare che si è tenuto il 20.06.2023 ed ha trattato l'iter da seguire in caso di sospetto di malattia rara - L'importanza e la necessità di informare i MMG e MMP - l'importanza di creare un centro nel Salento, alla presenza di esperti del settore (dott.ssa Cinzia Morciano - dott.ssa C.M. Del Prete).
3. Tavolo tematico sulla disabilità mentale per discutere il seguente O.d.G.: Stato dell'arte delle linee socio assistenziali e proposte efficientamento/implementazione - varie ed eventuali, alla presenza del dott. S. De Giorgi - dott.ssa C.M. Del Prete - dott. D. De Matteis)

Infine si fa presente che, nel mese di dicembre, è stato nominato il nuovo Presidente a seguito di elezione durante l'Assemblea delle Associazioni.

Tra l'altro, alcune per decadenza dovute a più di 3 assenze, altre per “dismissione” delle attività e per dimissione del Presidente al CCM, sono decadute n. 8 associazioni.

#### 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 che è stato coinvolto 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

I cittadini possono esprimere online la propria opinione sui servizi fruiti (ospedali, distretti sociosanitari e cup) attraverso il portale istituzionale <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce>.

Nella home page del portale aziendale è presente 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 2024 – 2026, 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 e ringraziamenti/encomi che pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Nel 2023 l'Urp ha trattato 729 segnalazioni.

La rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini viene rilevata anche attraverso i commenti e i messaggi che giungono 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 per l'istituzione del Tavolo aziendale con l'associazione Cittadinanzattiva – TDM. Il tavolo in ASL Lecce si è insediato il 18 ottobre 2022.

Inoltre la Uosvd Comunicazione e Informazione Istituzionale si interfaccia con il Comitato Consultivo Misto aziendale e con tutte le altre associazioni che segnalano esigenze, proposte e moniti alla Direzione strategica.

### La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

ASL Lecce nel 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 équipe di volontari e operatori sanitari.

La rilevazione annuale ha interessato, nel triennio 2017 – 2019, tutte le 12 strutture di ricovero per acuti sia pubbliche (6 Ospedali a gestione diretta) che private accreditate (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 monitoraggio annuale del livello di umanizzazione dei Presidi ospedalieri, né è stato possibile dar seguito alla checklist predisposta per le strutture di riabilitazione.

Nel 2023 ASL Lecce è stata la prima ASL nella Regione Puglia a riavviare i monitoraggi. Hanno aderito i sei Ospedali della ASL e quattro Case di cura private accreditate per acuti. A conclusione della fase osservativa, effettuata da équipe miste (operatori del pubblico e del privato accreditato, referenti civici reclutati tramite il bando sul portale ASL Lecce a cui hanno risposto cittadine/cittadini e Associazioni del Terzo Settore), saranno valutati i percorsi di miglioramento in base alle criticità riscontrate.



### Performance Organizzativa e promozione del Benessere dei lavoratori

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

La Valutazione del rischio stress lavoro correlato (RSLC) è un adempimento obbligatorio (D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) che ha lo scopo di aumentare la consapevolezza dell'Azienda rispetto alle dimensioni organizzative che influiscono sul grado di benessere interno. Rappresenta un'occasione per misurare, tramite l'impiego di una metodologia attendibile e scientificamente valida, le aree di criticità delle diverse strutture aziendali e per individuare le misure correttive e di miglioramento organizzativo.

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

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

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

Nella fase Preliminare della Valutazione viene utilizzata una Lista di Controllo (check list) di indicatori oggettivi appartenenti a tre distinti ambiti: gli eventi sentinella (indici infortunistici, assenze dal lavoro e per malattia, turnover, procedimenti e sanzioni disciplinari, aggressioni da parte dell'utenza, trasferimenti interni, etc); i fattori di Contenuto del Lavoro (ambiente di lavoro e attrezzature, pianificazione dei compiti, orario e ritmo di lavoro) e i fattori di Contesto del Lavoro (funzione e cultura organizzativa, ruolo, evoluzione di carriera, autonomia decisionale, rapporti interpersonali sul lavoro, interfaccia casa-lavoro).



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

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

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

Tra le misure a tutela del benessere psicofisico dei dipendenti, all'interno dell'U.O. di Psicologia del Lavoro, lo "*Sportello Ascolto*" rappresenta uno spazio di counseling e di supporto psicologico riservato ai dipendenti che vivono una condizione di disagio in ambito lavorativo e che possono accedervi direttamente o tramite il medico competente (per la valutazione dell'idoneità). In tale spazio, nel pieno rispetto della privacy, si individuano quei fattori organizzativi/sociali/individuali che sono di ostacolo al benessere dell'individuo e i possibili percorsi di risoluzione. Il potenziamento, nel dicembre 2022, dell'organico dell'Unità Operativa di Psicologia del Lavoro ha permesso di ampliare gli spazi di intervento dello Sportello, offrendo la possibilità, ove necessario, di intraprendere un percorso psicoterapeutico.

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 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.



### 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.V.D., la dirigenza medica e non medica, il personale di comparto con funzioni di coordinamento, 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 2024, 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.

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) dell'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 2024-2026.

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 in data 2 febbraio 2022;
- il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) approvato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022;
- l'aggiornamento 2023 del PNA, giusta deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 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 la 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 e s.m.i..

---

## 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 e misure di mitigazione (monitoraggio di primo livello).

Il presente Piano è stato oggetto di consultazione pubblica aperta a tutti gli stakeholder, 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 dell'ASL di Lecce, quale punto di partenza indispensabile per la programmazione delle misure nel triennio 2024-2026.

---

## 4.3. Obiettivi strategici

---

L'ASL di Lecce, con l'adozione del presente Piano, in linea con l'aggiornamento 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione, si propone di migliorare la gestione delle misure di prevenzione del rischio con particolare alle procedure di gara e ai progetti finanziati con fondi PNRR/PNC.

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 dell'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;
- ✓ Rafforzare le misure di controllo nell'ambito dei progetti PNRR/PNC

#### 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 dell'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 nella sezione "rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O..

#### 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 2023. 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 2023 sono stati mappati ed analizzati 365 processi aziendali. Per dettagli sulla mappatura processi/rischi/misure si rinvia al documento "Allegato B) – Analisi dei rischi (2024-2026)", 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 2024-2026, con particolare riferimento ai progetti PNRR/PNC.



## 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 confrontare, 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 geografico"

## 4.9. Criminalità

Le consorterie mafiose attive nel comprensorio leccese sembrerebbero evolvere verso più raffinate strategie criminali che lascerebbero presupporre un graduale processo di infiltrazione nel tessuto economico. In tale contesto, gli accordi che vengono ricercati e instaurati con i mercati legali, grazie anche a rapporti con imprenditori e professionisti compiacenti, nonché funzionari infedeli, indurrebbero i sodalizi a trascurare il tradizionale "metodo mafioso", caratterizzato da azioni violente e guerre fratricide, come sottolineato anche dal Procuratore Aggiunto della Repubblica di Lecce: "la drastica riduzione del numero degli omicidi e di altri delitti con l'uso delle armi potrebbe costituire indice del superamento della presenza mafiosa sul territorio. Fare però un tal conteggio numerico rischia di essere fuorviante atteso che, come a tutti noto, quando ormai una mafia è matura e si consolida non abbisogna di manifestazioni esteriori di violenza per imporre la propria forza d'intimidazione".

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:

- possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare il valore previsto per l'affidamento diretto
- condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso
- la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, d.lgs. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto
- affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici
- mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri
- possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare:
  - dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b);
  - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c)
- omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione riservata
- utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi.





- 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
- conflitto di interessi da parte del personale aziendale con pregiudizio all'imparzialità dell'agire pubblico

L'ASL di Lecce intende rafforzare le proprie misure di mitigazione soprattutto per evitare, in un contesto socio-economico 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 i seguenti criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata fatta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità del processo



- Valore economico
- Frazionabilità del processo
- Presenza controlli
- Impatto organizzativo
- Impatto economico
- Impatto reputazionale

Sono stati altresì considerati i “fattori abilitanti” ovvero i fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fattori corruttivi, come di seguito elencati:

- Mancanza / inadeguatezza di controlli
- Mancanza di trasparenza
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
- Scarsa responsabilizzazione interna
- Assenza di adeguate competenze in capo al personale addetto ai processi
- Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Nel triennio 2024-2026 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 consulenti/collaboratori

#### 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 (2024-2026)
- ◆ Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2024-2026)
- ◆ Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2024-2026)

---

#### 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

Il Codice di Comportamento rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione dei fenomeni corruttivi, in quanto diretta a favorire la diffusione di comportamenti ispirati a standard di legalità ed eticità.

Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, l'ASL di Lecce, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D.lgs n. 165/2001, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1778 del 22 ottobre 2014, ha adottato il proprio Codice di Comportamento, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle Linee Guida della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).



Il Codice di Comportamento si applica a tutti i dipendenti dell'Istituto e prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione, dei titolari di organi, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi o che realizzano opere a favore dell'Azienda.

Negli schemi tipo di incarico e contratti, viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento, nonché è prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal medesimo Codice. Ai sensi della Legge 190/2012, la violazione delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e n. 62/2014, dà luogo a responsabilità disciplinare. Nel corso del primo semestre 2024 è previsto l'aggiornamento del Codice di comportamento, alla luce delle modifiche introdotte dal D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023:

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Aggiornamento del Codice di comportamento con le modifiche introdotte dal D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023	Misura da attuare	Aggiornamento e monitoraggio del nuovo Codice di comportamento	Direzione Generale Direttore Area Gestione del Personale

#### 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%)	- 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.

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 2023 l'Ufficio Anticorruzione ha ricevuto segnalazioni di sussistenza di conflitto di interessi da parte del personale dipendente aziendale (vedi Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2023).

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 pub-	da attuare entro	% dichiarazioni pubbliche	RPCT e Direzio-



blica di interessi	settembre 2024	sottoscritte rispetto al totale dei professionisti di area sanitaria ed amministrativa interessati	ne Generale
--------------------	----------------	--	-------------

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).

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 Farmacca, 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 autorizzati 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](http://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 indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti.

Durante il monitoraggio delle misure applicate per l'anno 2023 sono state verificate a campione alcune autorizzazioni ad incarichi extra istituzionali, senza rilevare alcuna criticità.

#### 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 preconstituito, 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 2023 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 in-conferibilità ed incompatibilità	Monitoraggio continuo Previsione di verifiche a campione	Numero attestazioni disponibili su totale previsto su base annuale	RPCT – DG/DS/DA

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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 2023, sono state rilevate le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconfiribilità 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 svolgimento 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 inconfiribilità 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 di-



rettive; 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.

Nel corso dell'anno 2023 non sono emerse criticità con riferimento ai componenti di gara e concorso.

#### 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	Misura Attuata	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 dispone bandi pubblici per l'acquisizione della disponibilità, debitamente pubblicizzata sul sito internet istituzionale, ai fini della creazione di un albo con validità triennale (rinnovabile annualmente) cui attingere per l'attribuzione di incarichi di componente presso le Commissioni mediche per il riconoscimento delle invalidità (invalidità civile, handicap, legge 68/99, cecità e sordomutismo).

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.

Nel corso dell'anno 2024 è prevista l'adozione di specifico Regolamento sulle Commissioni di invalidi.



#### 4.23. Tutela del Whistleblower

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Aggiornamento procedura per la gestione delle segnalazioni di illeciti	Misura attuata	% segnalazioni istruite sul totale delle segnalazioni ricevute (target 100%)	RPCT

La legge 190/2012 ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione che prevede, tra l'altro, la tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower).

L'ASL di Lecce ha provveduto all'aggiornamento del Regolamento sulla gestione delle segnalazioni di illecito, a seguito dell'entrata in vigore del nuovo d.lgs 24/2023, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 20 del 11 gennaio 2024.

La piattaforma web resa disponibile dall'ASL di Lecce è basata sul software GlobalLeaks e consente anche di dialogare con i segnalanti in modo del tutto anonimo, con crittografia dei dati e delle trasmissioni degli stessi (<https://wb.anticorruzioneintelligente.it/anticorruzione/index.php?codice=ZGBQN0&dipendente=1>).

Nel corso dell'anno 2023 il RPCT ha ricevuto alcune segnalazioni di illeciti tempestivamente prese in carico e istruite.

#### 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

- 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.

In particolare al fine di informare il personale dipendente sulle novità apportate dal D.lgs. 24 del 2023 e diffondere la conoscenza relativamente ai contenuti del medesimo, nel corso dell'anno 2024 saranno pianificate – da parte dei collaboratori dell'Ufficio Unico per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – delle apposite sessioni di formazione da tenersi presso le strutture organizzative aziendali.

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 appaltante, 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.

Nel corso dell'anno 2023 non sono emerse violazioni al Patto di integrità aziendale.

#### 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

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 Attuata	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	Misura Attuata	Statistiche su monitoraggio effettuato.	Direttori/Responsabili macro strutture azienda-





terzi.

li.

Nel corso dell'anno 2023 sono emerse criticità nell'ambito dei conflitti di interessi del personale aziendale con soggetti esterni (vedi Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2023).

#### 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 2023”



#### 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)	- 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.

Nel corso dell'anno 2023 non risultano segnalazioni interne al Gestore antiriciclaggio per anomalie o sospetti rilevati.

**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.



Per dettagli sul monitoraggio opere pubbliche dell'ASL di Lecce si rinvia all'indirizzo [https://openbdap.rgs.mef.gov.it/BO/OpenDocument?modalita=link&docID=FgAUHF1fxg-sAFwYAAACHAiUbeOO1D67w&T=BusinessObject&idType=CUID&noDetailsPanel=true&X\\_Ente=04008300750..](https://openbdap.rgs.mef.gov.it/BO/OpenDocument?modalita=link&docID=FgAUHF1fxg-sAFwYAAACHAiUbeOO1D67w&T=BusinessObject&idType=CUID&noDetailsPanel=true&X_Ente=04008300750..)

#### 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 l'aggiornamento della procedura aziendale per la partecipazione di dipendenti e convenzionati a corsi di formazione sponsorizzati, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 973 del 29/12/2023.

Nel corso dell'anno 2024 è previsto l'aggiornamento del Regolamento per una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi e forniture, ai sensi del nuovo Codice dei Contratti (d.lgs 36/2023).

#### 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. RPCT – Direzioni



Regolamento sulle attività conseguenti al decesso intraospedaliero	Misura da adottare entro il 2023	Presenza/Assenza del regolamento	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 ha adottato il regolamento sui necrofori, che disciplina le procedure di trattamento del paziente defunto.

Nel 2024 si prevede l'affissione, nelle camere mortuarie dei presidi ospedalieri, dell'elenco delle ditte operanti ed autorizzate ad operare, aventi sede nel territorio, iscritte presso la Camera di Commercio della Provincia di Lecce, 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.

Nel corso dell'anno 2024 è prevista la pubblicazione in Amministrazione Trasparente/altri contenuti, delle ditte di onoranze funebri autorizzate ad operare sul territorio.

#### 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	2024	2025	2026
	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 ba-



se 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 ha adottato uno specifico Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria del personale dirigente dell'Area Sanità, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 231 del 26/02/2020, aggiornato con deliberazione n. 633 del 22/07/2021.

Altresì è stato costituito l'organismo paritetico di promozione e verifica dell'attività libero professionale intramuraria (alpi) giusta deliberazione del Direttore Generale n. 84 del 31/01/2022, rettificato con deliberazione n. 31 del 13/03/2023.



#### 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 2024, 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 accesso civico semplice e generalizzato (FOIA)	Da attuare entro dicembre 2024	Adozione Regolamento (SI)	Regola-	RPCT – Affari generali
---	--------------------------------	---------------------------	---------	------------------------

#### 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-



fia, 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 cronoprogrammi 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 ri-



spetto 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.

L’obbligo di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione o in caso si abbia necessità di informazioni ulteriori rispetto a quelle oggetto di pubblicazione obbligatoria. A tal fine, il nostro ordinamento ha istituito gli istituti dell’accesso civico semplice e generalizzato, a cui si aggiunge quello dell’accesso documentale, che consente ai soggetti interessati di accedere a quei documenti amministrativi la cui conoscenza è necessaria per la tutela di una situazione giuridicamente rilevante.

Pertanto, al fine di disciplinare i criteri e le procedure per l’effettivo esercizio dei suddetti diritti, nel 2024, gli stessi saranno oggetto di apposita regolamentazione da parte dell’Azienda.

**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 2024-2026”.**

---

#### 4.42. Contratti Pubblici

---

La disciplina in materia di contratti pubblici è stata innovata dal D. Lgs. 31 marzo 2023, n. 36 “Codice dei contratti pubblici in attuazione dell’articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici”, intervenuto in costanza di realizzazione degli obiettivi del PNRR/PNC e in un quadro normativo che presenta profili di complessità per via delle numerose disposizioni derogatorie nel tempo introdotte.

L’arrivo del 1 gennaio 2024 ha segnato una svolta epocale per gli appalti pubblici, in quanto da tale data la disciplina relativa alla costituzione del cd. “Ecosistema degli approvvigionamenti digitali” è diventata pienamente efficace, superando l’era delle gare in formato cartaceo.

Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza per le procedure di gara avviate dopo il 01/01/2024 sono contenute nel provvedimento ANAC n. 264 del 20/06/2023 e successivi aggiornamenti nonché nel relativo allegato, cui l’ASL di Lecce fa riferimento.

L’assolvimento degli obblighi di trasparenza relativamente alla fase di aggiudicazione e di esecuzione per le procedure avviate fino al 31/12/2023 (assoggettate al decreto legislativo n. 50/2016 o al decreto legislativo n. 36/2023) avviene mediante trasmissione attraverso il sistema Simog dei dati relativi alle suddette fasi.



Le indicazioni sulle modalità di assolvimento degli obblighi di pubblicità legale, cui l'ASL di Lecce fa riferimento, sono contenute nel provvedimento ANAC n. 263 del 20/6/2023 e riguardano tutte le procedure indette a partire dal 01/01/2024.

In ossequio agli articoli 25 e 26 del Codice dei Contratti, per tutti gli affidamenti, sopra e sotto soglia, a partire dal primo gennaio 2024, l'ASL di Lecce utilizza solo le piattaforme di approvvisionamento digitale che hanno compiuto il processo di certificazione delineato dalle Regole tecniche di AGID (provvedimento AGID n. 137/2023) e dallo Schema operativo (pubblicato sul sito di AGID il 25/09/2023, il cui Allegato 2 è stato aggiornato in data 14/11/2023).

Relativamente all'assolvimento degli obblighi di trasparenza e pubblicazione, con riferimento ai contratti conclusi al 31/12/2023, si è provveduto alla trasmissione e pubblicazione delle informazioni richieste da ANAC, secondo la normativa in vigore.

Mentre per le procedure di gara non concluse nel 2023 o avviate nel 2024, la ASL di Lecce si è adeguata alla nuova normativa, mediante la trasmissione dei dati alla BDNCP, attraverso le piattaforme di approvvisionamento digitale certificate.

---

#### 4.43. **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.

---

#### 4.44. **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 (2024-2026)
- Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2024-2026)



**ASL Lecce**

**PugliaSalute**

Piano Integrato di  
Attività e Organizzazione  
PIAO 2024 - 2026

- Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2024-2026)
- Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2023
- Allegato F) – Obblighi di trasparenza 2024-2026



## 5. Organizzazione e Capitale Umano

### 5.1. Struttura Organizzativa

Nel corso dell'anno 2023, la Direzione Aziendale ha individuato, nelle more dell'adozione definitiva dell'Atto Aziendale, il nuovo assetto organizzativo dipartimentale della ASL LE con DDG n. 290 del 15 giugno 2023, individuando i direttori provvisori, per l'Area Sanità, e confermando i direttori provvisori dei dipartimenti afferenti all'Area Funzioni Locali così come individuati con la DCS n. 172 del 16/02/2023.

La Regione Puglia con 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 290/2023, si articola nei seguenti dipartimenti:

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

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

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

- Dipartimento Cardiovascolare
- Dipartimento di Medicina e Specialistiche
- Dipartimento Nefrodialitico e Urologico
- Dipartimento Oncoematologico
- Dipartimento di Chirurgia e Specialistiche



- Dipartimento Ortopedico e Neurotraumatologico
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento integrato Emergenza-Urgenza
- Dipartimento delle Diagnostiche
- Dipartimento del Farmaco
- Dipartimento Assistenza Territoriale
- Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione
- Dipartimento della Rete Ospedaliera
- Dipartimento Immuno-Trasfusionale
- Dipartimento Amministrazione Finanza e Controllo
- Dipartimento Servizi Tecnici e Patrimonio

Con la DDG 303/2021 s.m.i. è stato 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 sono stati 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 della 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





## 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 del 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 modificazioni, 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."
- **LEGGE 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)
- **Direttiva "Lavoro Agile" del 29/12/2023** - Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro per la Pubblica Amministrazione

#### 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 prestazioni 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 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 della Struttura di Appartenenza.
- c) Il Direttore e/o Dirigente 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 contemperando 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 raggiungi-



bilità 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](mailto:lavoroagile.area.personale@pec.asl.lecce.it) e [amministrazionedigitale@pec.asl.lecce.it](mailto: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	
Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024 - 2026	Pagina 140 di 160	Versione: 1.0 Ultima Revisione: 31/01/2024



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



C) ecc.

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

## 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 con-



sentono – 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 in-





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 distruggerla 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 valorizzazione delle risorse umane, 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

La finalità delle azioni proposte è quella di sviluppare, a livello aziendale, "buone prassi" di politiche inerenti age management, welfare aziendale, valorizzazione delle risorse umane, conciliazione vita/lavoro, la disabilità, all'interno di un progetto globale di Diversity Management e Parità di Genere.

Per la realizzazione delle azioni positive previste nel Piano, saranno individuate e coinvolte 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	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

Nucleo di ascolto CUG: Orientamento e Gestione delle Segnalazioni	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Il Nucleo di ascolto 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/ U.O.S.D. Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione

#### 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	Pubblicazione sulle pagine del sito aziendale, nella sezione dedicata al CUG, delle attività e del Piano delle Azioni Positive Implementazione del Piano di comunicazione, strutturato con materiali divulgativi per gli operatori dell'Azienda, OIV, OO.SS. , Collegio Sindacale, Comitato di Direzione
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne



### 7.3.5. 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 e di integrazione
Obiettivo Operativo	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	Istituire la figura del Disability Manager.
Tempi di Realizzazione	Personale ASL
Risorse Necessarie	Vigenza del Piano
	Interne ed esterne

### 7.3.6. 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 “ <i>sentito il parere del CUG</i> ” 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

### 7.3.7. 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 ( <i>Mentoring /Reverse mentoring</i> )
Destinatari	Iniziative rivolte alla promozione del benessere
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

### 7.3.8. 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 agile3, 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 dei Direttori e Dirigenti di struttura inserire quello della promozione delle pari opportunità, valorizzazione delle differenze e benessere organizzativo  Adozione strumenti di conciliazione vita-lavoro
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

### 7.3.9. CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE

Contrasto alla violenza di genere, diffusione della cultura del rispetto, contrasto ad ogni forma di discriminazione morale e psicologica	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Nell'ottica della prevenzione e contrasto alla violenza di genere ci si propone di:  Sviluppare, promuovere e incentivare l'adesione a percorsi formativi adeguati che coinvolgano tutti i livelli dell'amministrazione, a partire dalle figure apicali dirigenziali che devono assumere il ruolo di catalizzatori e promotori di un profondo cambiamento culturale che promuova il rispetto per le persone, la parità di genere e il superamento degli stereotipi.
Obiettivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniziative formative obbligatorie per i dipendenti sul tema della violenza di genere</li> <li>• Iniziative di sensibilizzazione sul tema della violenza di genere (itineranti)</li> </ul>





Destinatari	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizzazione di eventi, convegni, seminari e/o attività di informazione e comunicazione e/o momenti formativi in occasione della celebrazione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne istituita dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite con la risoluzione numero 54/134 del 17 dicembre 1999.</li> <li>• Pubblicazione sul sito internet, sulla pagina del CUG il numero verde 1522, evidenziando la possibilità per le donne di chiedere aiuto e ricevere informazioni in sicurezza</li> <li>• divulgazione materiale informativo antiviolenza della Rete ASL Lecce alle lavoratrici e ai lavoratori per sensibilizzare gli stessi sulla emergenza dei fenomeni di violenza nei confronti delle donne</li> <li>• Il Cug, attraverso il Nucleo d'Ascolto, si configurerà come destinatario delle segnalazioni rese dalle lavoratrici agevolando il contatto tra le vittime e i soggetti cui le medesime possono far riferimento per avere protezione e assistenza e fornendo informazioni alle vittime;</li> <li>• Connessione mediante link al sito aziendale dedicato alla Rete Antiviolenza</li> </ul>	
	Personale ASL	
	Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
	Risorse Necessarie	Interne

### 7.3.10. MEDICINA DI GENERE

Medicina di Genere	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Attivazione di una Rete interdisciplinare Ospedale- Territorio – Università per l'applicazione e la diffusione della Medicina di Genere.
Obiettivo Operativo	Valutazione dei differenti approcci di prevenzione (abitudini alimentari, stili di vita, sfera sessuale ,variabili culturali, condizioni



	socio-economiche, esposizione ad agenti chimici) nei sessi; Diagnosi e cura; Promozione di attività di ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere; Sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi sanitari attuando una presa in carico della persona in un ottica di genere, al fine di favorire una maggiore appropriatezza e personalizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione; Predisposizione nel Piano formativo aziendale Corsi ECM obbligatori che affrontino le tematiche specialistiche in ottica di genere; Raccolta dati e analisi epidemiologici sull'evoluzione delle malattie, sulla morbilità e mortalità della popolazione in ottica di genere; Divulgazione/comunicazione
Destinatari	Utenti - Stakeholder
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

### 7.3.11. NO WOMAN NO PANEL

No Woman No Panel	
Valorizzare le Differenze (Genere, Etnia, Religione, Disabilità, Età, Orientamento Sessuale) nelle Politiche di Sviluppo del Personale	
Obiettivo Strategico	Promuovere e garantire la partecipazione bilanciata e plurale di uomini e donne nei programmi formativi ,negli eventi pubblici e nella comunicazione istituzionale.
Obiettivo Operativo	Monitoraggio della parità di genere nella comunicazione pubblica e interna
	Monitoraggio dell'equa rappresentanza di genere negli eventi Attività di sensibilizzazione, informazione e formazione sui principi di parità
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

Tutti gli interventi di adeguamento normativo e tecnologico delle strutture aziendali hanno come obiettivo quello di ottimizzare i consumi dell'energia necessaria dei fabbricati sia attraverso modifiche di natura tecnica agli impianti a alle strutture in grado di limitare gli sprechi, sia mediante l'ottimizzazione dell'uso delle forme di energia.

Tra le azioni di efficientamento energetico in atto abbiamo l'implementazione dell'illuminazione attraverso interventi di sostituzione delle lampade tradizionali con lampade LED e l'installazione di sensori di presenza persone per l'attivazione automatica dell'illuminazione artificiale presso le principali strutture ospedaliere, la ventilazione naturale degli ambienti attraverso sistemi di generazione energetica avanzati, la sostituzione dei generatori di calore con caldaie ad alto rendimento, l'installazione di valvole termostatiche sui radiatori e valvole a due vie sui fancoil, l'installazione di impianti solari fotovoltaici e termici ed il revamping dell'impianto di trigenerazione a servizio del PO V. FAZZI.

Tutti gli interventi sia di ristrutturazione che di nuova costruzione rientranti nel PNRR sono realizzati nel rispetto delle misure sull'efficienza energetica.

### 8.3. Piano della Mobilità

L'Azienda Sanitaria di Lecce propone ai propri dipendenti diverse soluzioni finalizzate all'implementazione di una maggiore flessibilità lavorativa per favorire l'utilizzo del trasporto pubblico locale, la condivisione del mezzo di trasporto (car pooling) sino all'uso di bici, scooter e monopattini, con l'obiettivo di contribuire al decongestionamento del traffico nelle aree urbane e alla lotta all'inquinamento.



## 9. Piano dei Fabbisogni del Personale

### 9.1. Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024-2026

#### 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. 277 del 09/06/2023 è stato adottato il Piano del Fabbisogno del Personale relativo al triennio 2022/2024, in corso di approvazione da parte dei competenti uffici regionali, redatto in coerenza con gli atti di programmazione regionali in materia e per le finalità espressamente individuate dal legislatore nazionale rivenienti dalla programmazione ex D.M. n. 77/2022 e PNRR, relative al potenziamento dei servizi assistenziali territoriali di seguito indicati:

<b>FINALITÀ PROGRAMMAZIONE D.M. n. 77/2022</b>
Unità di Continuità Assistenziale
Centrali Operative COT
Case della Comunità

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 8.673 unità con i profili contrattuali riportati nella tabella che segue, dove è indicata anche la consistenza dell'organico in servizio alla data del 01/01/2023. Tale fabbisogno è provvisoriamente previsto per gli anni 2025 e 2026, nelle more di nuove indicazioni regionali per tali annualità.



### 9.1.2. FABBISOGNI

PROFILO	FABBISOGNO 2024	PRESENTI AL 01/01/2023
Dirigente Medico	1.414	1.311
Dirigente Veterinario	52	47
Dirigente Sanitario Non Medico	245	226
Dirigente Amministrativo	25	17
Dirigente Professionale	10	8
Dirigente Tecnico	7	7
Comparto Sanitario	4.583	4.581
Comparto Professionale	7	6
Comparto Tecnico	1.640	1.528
Comparto Amministrativo	690	581
<b>TOTALE</b>	<b>8.673</b>	<b>8.347</b>

## 9.2. Formazione del Personale

La Direzione Generale con nota n. 9504 del 19.1.2023 ha avviato le procedure per la predisposizione del Piano Aziendale Formativo 2023-2025. Nella stessa nota si poneva a carico dei Direttori di Dipartimento, di UOC, UOSD e UOS la diretta responsabilità di programmare eventi formativi che dovevano rispondere sia agli Obiettivi indicati dalla stessa Direzione Generale, sia alle esigenze formative dei diversi profili presenti nella specifica UU.OO.

I Direttori sono stati pertanto direttamente chiamati a rilevare i Bisogni Formativi, a proporre almeno 2 corsi di formazione per ciascun anno ed a individuare i Responsabili Scientifici che garantiranno la realizzazione dei Corsi di Formazione.

Nel Piano Formativo è stato previsto – in adesione agli Obiettivi assegnati ai Direttori Generali con DGR n. 1558/2023 – che in ogni evento formativo siano previsti interventi ad argomento “Medicina di Genere” e “Pari Opportunità”.



La Deliberazione del Direttore Generale n. 81 del 30 gennaio 2024 contiene il Piano Formativo a valenza triennale, coincidente con il triennio ECM 2023-2025, che vincolerà i Dirigenti a realizzare e a partecipare ai corsi programmati (n 827 Corsi) , prevedendo esplicitamente, al punto 1 dell'Allegato H) - Linee guida operative per l'attuazione del Piano Formativo Aziendale 2023-2025 -, che "La realizzazione dei Corsi proposti nel Dossier Formativo costituisce elemento di valutazione del Direttore/Dirigente delle UU.OO".

Nello stesso Allegato è stato previsto che sono obbligatori i "Corsi Obbligatori ai fini della sicurezza sul lavoro e delle cure e corsi organizzati dalla stessa U.O. di appartenenza dell'operatore".

Si sono poste in questo modo le condizioni per garantire e vincolare, Dirigenti ed Dipendenti, a partecipare agli eventi formativi Aziendali che si potranno realizzare in Aula, in FAD e sul Campo.

A questa formazione Obbligatoria si affiancherà la formazione Facoltativa mediante la partecipazione ad iniziative formative realizzate dalle altre UU.OO. Aziendali o da provider esterni alla ASL. Per realizzare il Piano Formativo pluriennale sono stati anche garantiti idonei finanziamenti sul Bilancio.

In Allegato I) - Piano Aziendale Formativo 2023-2025 è proposto l'elenco dei corsi di formazione in corso di erogazione per il triennio di riferimento.



## 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) Scheda proposta obiettivi operativi - Piano performance anno 2024
- Allegato B) – Analisi dei rischi (2024-2026)
- Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2024-2026)
- Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2024-2026)
- Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2023
- Allegato F) – Obblighi di trasparenza 2024-2026
- Allegato G) - ISTANZA DI ACCESSO PER LA MODALITA' IN LAVORO AGILE
- Allegato H) - Linee guida operative per l’attuazione del Piano Formativo Aziendale 2023-2025
- Allegato I) - Piano Aziendale Formativo 2023-2025