



ASL Lecce

PugliaSalute

Piano Integrato di Attività e
Organizzazione (PIAO) 2022 - 2024

Azienda Sanitaria Locale di Lecce

Art. 6 del decreto legge
n. 80/2021 convertito in
legge 6 agosto 2021, n.
113



EMISSIONE DEL DOCUMENTO

REGISTRO DELLE VERSIONI

N° Ver/Rev/Bozza	Data emissione	Modifiche apportate	Osservazioni
V. 1.0	venerdì 29 aprile 2022		



1. Sommario

Indice generale

Sommario.....	2
Scheda Anagrafica della Azienda Sanitaria Locale di Lecce.....	4
Premessa.....	4
Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	12
Valore Pubblico.....	12
Performance.....	16
Obiettivi Strategici.....	24
Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	33
Sistema di misurazione e valutazione della performance.....	44
Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	53
Rischi Corruttivi e Trasparenza.....	55
Premessa.....	55
Processo di adozione del Piano.....	55
Obiettivi strategici.....	56
Coordinamento con il Piano della Performance.....	56
Modello organizzativo.....	56
Soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione.....	56
Valutazione impatto del Contesto interno.....	59
Valutazione impatto del Contesto esterno.....	61
Criminalità.....	63
Emergenza Epidemiologica.....	65
Analisi del rischio.....	66
Monitoraggio e riesame.....	70
Misure di prevenzione.....	70
Codice di comportamento.....	70
Rotazione del Personale.....	71
Astensione per conflitto di interessi.....	74
Dichiarazione Pubblica di interessi.....	77
Incarichi extra-istituzionali.....	78
Pantouflage.....	79
Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.....	81
Formazione di Commissioni e assegnazione agli Uffici.....	82
Commissioni per l'accertamento delle invalidità.....	84
Tutela del Whistleblower.....	85
Formazione.....	87
Patti di Integrità.....	88
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.....	89
Monitoraggio dei tempi procedurali.....	89
Monitoraggio dei rapporti con Soggetti esterni.....	90
Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del Piano.....	90
Responsabile R.A.S.A.....	90
Società partecipate.....	91
Gestore segnalazioni UIF.....	92



Referente monitoraggio Opere Pubbliche.....	92
Sponsorizzazioni.....	93
Attività conseguenti al decesso.....	94
Gestione ALPI e Liste di attesa.....	94
Gestione attività di informazione scientifica.....	95
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	96
Misura della Trasparenza.....	96
Aggiornamento del Piano.....	97
Le Responsabilità.....	97
Attuazione del Regolamento UE 2016/679.....	98
Allegati.....	98
Organizzazione e Capitale Umano.....	99
Struttura Organizzativa.....	99
Organizzazione del Lavoro Agile.....	114
Premessa interpretativa.....	114
Premessa Organizzativa ed Operativa.....	114
Normativa e Regolamentazione di riferimento.....	114
Ambito Soggettivo di Applicazione.....	116
Ambito Oggettivo di Applicazione.....	116
Obiettivi del Lavoro Agile.....	117
Definizioni.....	118
Oggetto e Durata.....	118
Destinatari e Requisiti di Accesso.....	119
Attività Effettuabili in Modalità Lavoro Agile.....	120
Attori Coinvolti nella Conduzione dell'Organizzazione del Lavoro Agile.....	121
Procedura di attivazione e Modalità di Effettuazione dell'Attività in modalità "Lavoro Agile".....	123
CCNL e Normativa Vigente.....	125
Dotazione Tecnologica del Dipendente.....	125
Indicatori di Performance Individuale.....	126
Indicatori Generali.....	126
Sospensione/Termine.....	128
Comunicazione delle Giornate di Attività in Lavoro Agile.....	128
Trattamento Giuridico ed Economico.....	128
Condotte Sanzionabili.....	129
Vincoli e Prescrizioni.....	129
Privacy.....	129
Sicurezza sul Lavoro.....	130
Documentazione.....	130
Decorrenza.....	130
Piano dei Fabbisogni del Personale.....	131
PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022-2024.....	131
Formazione del Personale.....	132
Monitoraggio.....	134
Allegati.....	135



2. Scheda Anagrafica della Azienda Sanitaria Locale di Lecce

2.1. Premessa

2.1.1. CHI SIAMO

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

La ASL LE è stata costituita in attuazione del Regolamento Regionale n. 9 del 30 marzo 2007, mediante l'accorpamento delle ex AUSL LE/1 di Lecce e LE/2 di Maglie, ed ha competenza territoriale sull'intera provincia di Lecce. Il suo territorio è di circa 2.800 Km² su cui insiste una popolazione di 776.230 ab. (fonte ISTAT al 15.12.2021) 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

L'Azienda sanitaria Lecce 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 che possiamo riassumere come segue:

- **EGUAGLIANZA**: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceti, religione ed opinioni politiche;
- **PARTECIPAZIONE**: l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini;
- **RISPETTO** della dignità umana e della privacy;



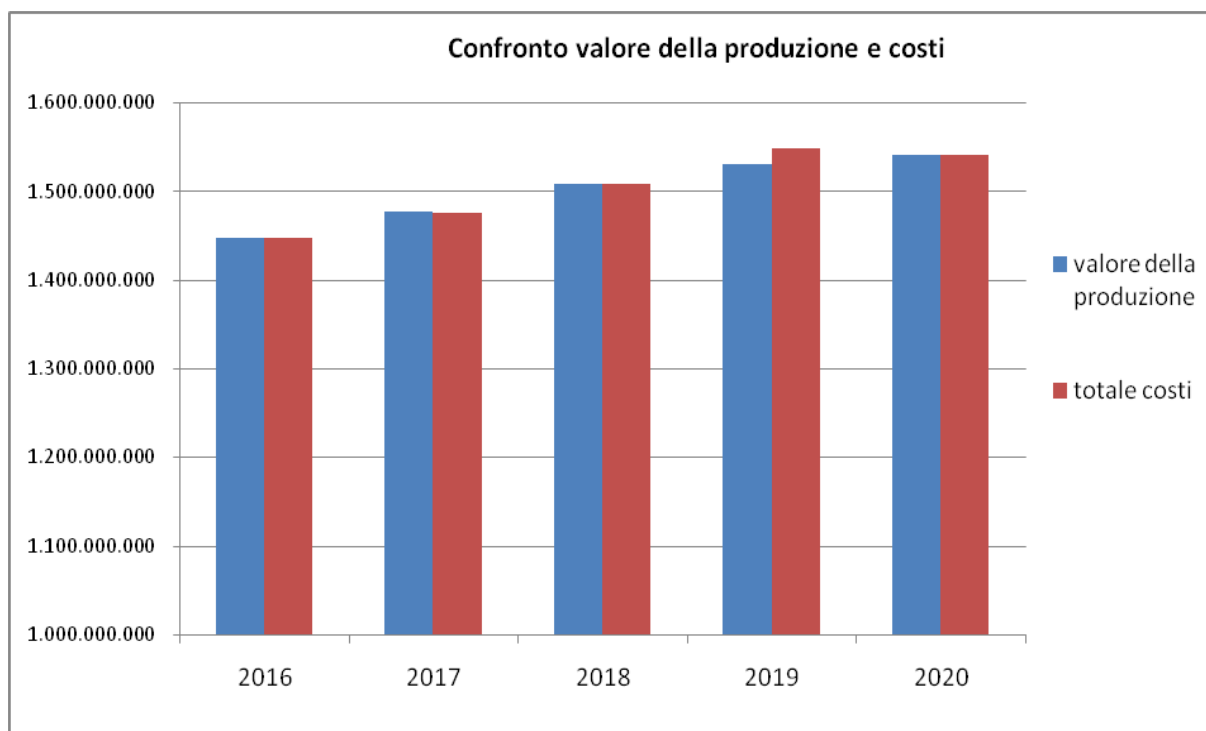
- EQUITA' e IMPARZIALITÀ vengono garantite al cittadino per l'accesso e per il trattamento;
- CENTRALITA' DELLA PERSONA: il cittadino è una persona con una sua specificità biologica, psicologica e sociale alla quale occorre garantire risposte basate su una valutazione multidimensionale e personalizzata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

2.1.4. AMMINISTRAZIONE "IN CIFRE"

Quadro economico-finanziario

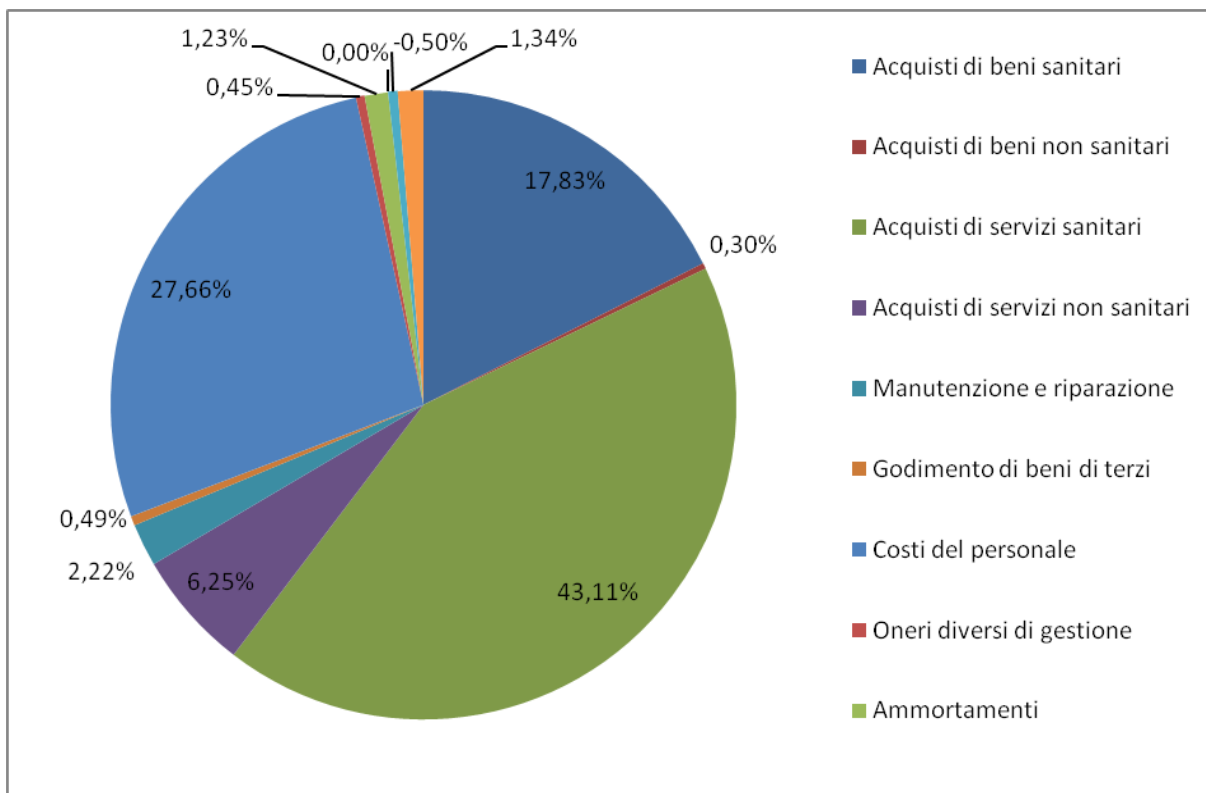
Comparazione macro-aggregati di bilancio (2016 - 2020) ASL LE

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



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

macro aggregati costi bilancio	valore_2018	inc.% su tot.costi	valore_2019	inc.% su tot.costi	valore_2020	inc.% su tot.costi
Acquisti di beni sanitari	260.393.580,80	17,43%	272.721.612,24	17,99%	270.267.204,72	17,83%
Acquisti di beni non sanitari	4.619.368,27	0,31%	4.878.154,91	0,32%	4.560.939,43	0,30%
Acquisti di servizi sanitari	657.922.076,45	44,04%	655.977.668,51	43,28%	653.404.884,36	43,11%
Acquisti di servizi non sanitari	86.977.694,92	5,82%	93.727.820,22	6,18%	94.681.868,07	6,25%
Manutenzione e riparazione	35.216.408,73	2,36%	36.050.596,63	2,38%	33.712.602,84	2,22%
Godimento di beni di terzi	4.527.930,12	0,30%	5.759.468,87	0,38%	7.406.420,96	0,49%
Costi del personale	402.910.736,41	26,97%	406.561.920,46	26,82%	419.275.331,47	27,66%
Oneri diversi di gestione	6.655.647,26	0,45%	5.516.940,48	0,36%	6.856.157,50	0,45%
Ammortamenti	18.294.860,64	1,22%	18.409.718,34	1,21%	18.613.621,50	1,23%
Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.356.082,48	0,09%	-	0,00%	-	0,00%
Variazione delle rimanenze	- 3.635.561,88	-0,24%	381.275,76	0,03%	- 7.589.514,55	-0,50%
Accantonamenti	18.537.763,99	1,24%	15.690.429,98	1,04%	20.338.845,52	1,34%
totale costi della produzione	1.493.776.588,19	100,00%	1.515.675.606,40	100,00%	1.521.528.361,82	100,39%

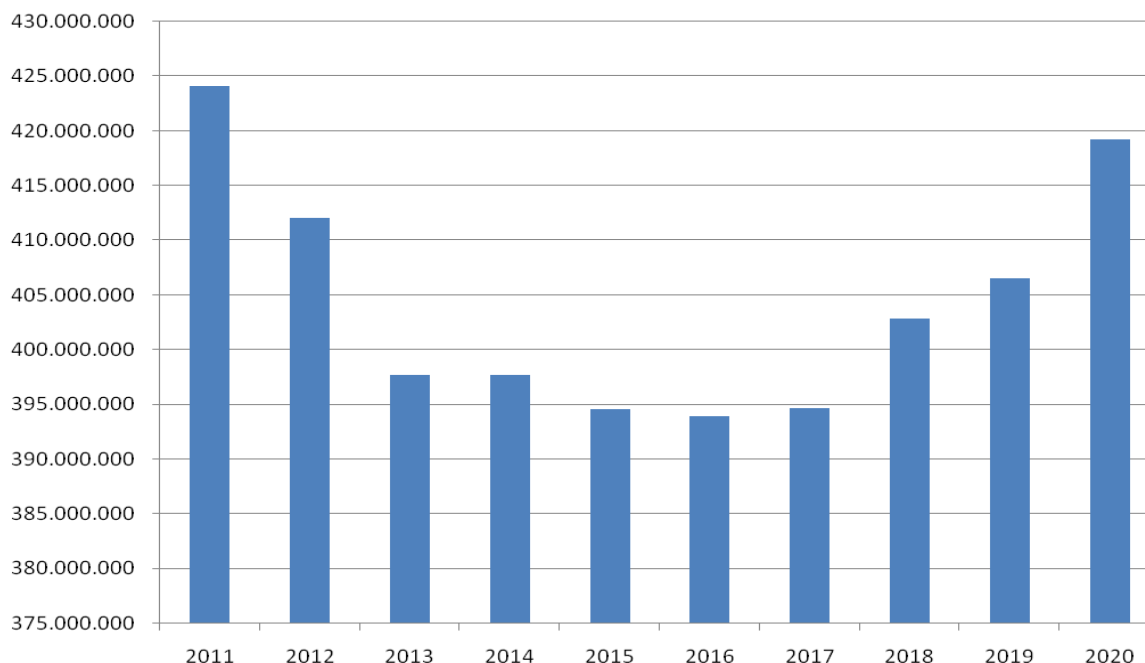


ANDAMENTO DEL COSTO DEL PERSONALE NEGLI ULTIMI DIECI ANNI

2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
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



Andamento costo del personale 2011 - 2020



PERSONALE DIPENDENTE AL 31.12.16 E AL 31.12.2021 DISTINTO PER RUOLO

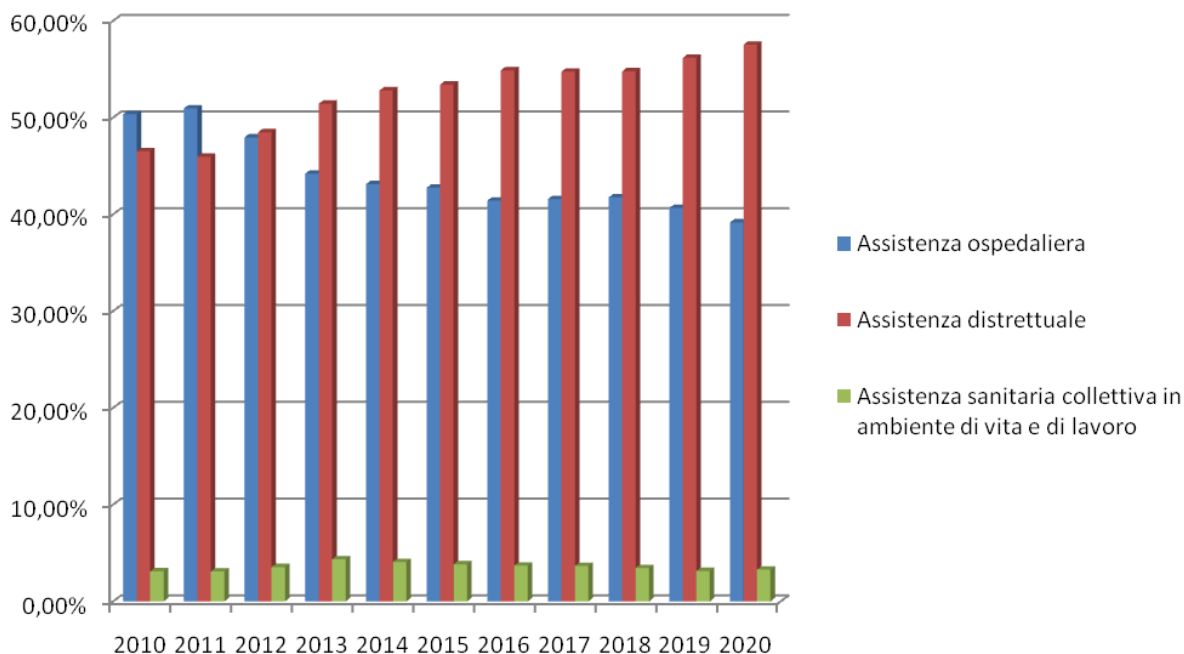
AREA CONTRATTUALE	2016		2017		2018		2019		2020		2021	
	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.	n.unità	% su tot.
SANITARIO												
DIRIGENZA MEDICI	1.468	18,62%	1.466	18,55%	1.483	18,66%	1.427	17,85%	1.408	16,62%	1.421	16,85%
DIRIGENZA NON MEDICI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



ANDAMENTO IMPIEGO DELLE RISORSE PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ANNI 2010 - 2020

Liv. Essenziali di Assistenza	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Assistenza ospedaliera	50,36%	50,95%	47,96%	44,21%	43,12%	42,76%	41,42%	41,58%	41,76%	40,67%	39,17%
Assistenza distrettuale	46,53%	45,95%	48,49%	51,44%	52,81%	53,41%	54,89%	54,75%	54,79%	56,18%	57,54%
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,11%	3,10%	3,55%	4,35%	4,07%	3,83%	3,69%	3,67%	3,45%	3,15%	3,29%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

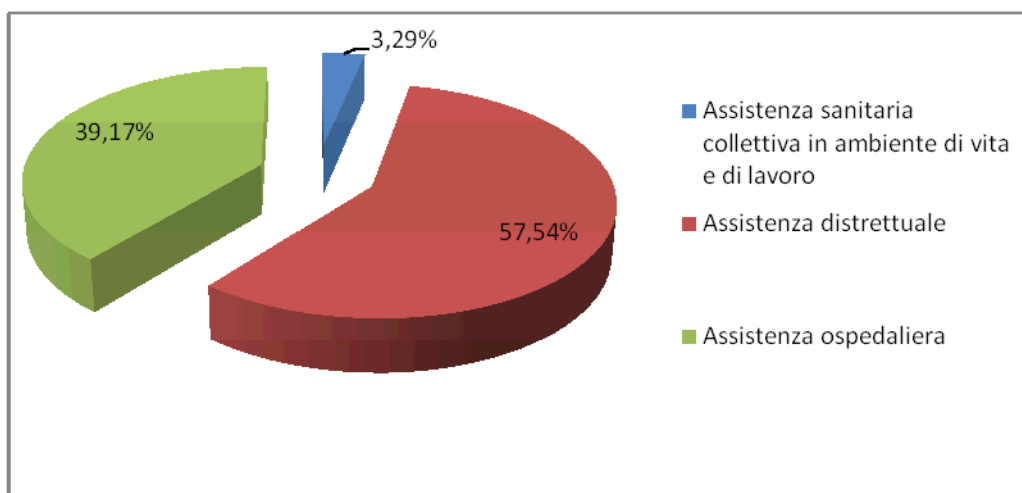
Livelli di Assistenza- impiego delle risorse per tipo di assistenza (% su totale costi)





Distribuzione costi per Livelli Essenziali di Assistenza - anno 2020

Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	3,29%
Assistenza distrettuale	57,54%
Assistenza ospedaliera	39,17%
	100,00%

Distribuzione della domanda di ricovero della popolazione residente nella Provincia di Lecce per MDC
anno 2020 (OSPEDALI A GESTIONE DIRETTA)

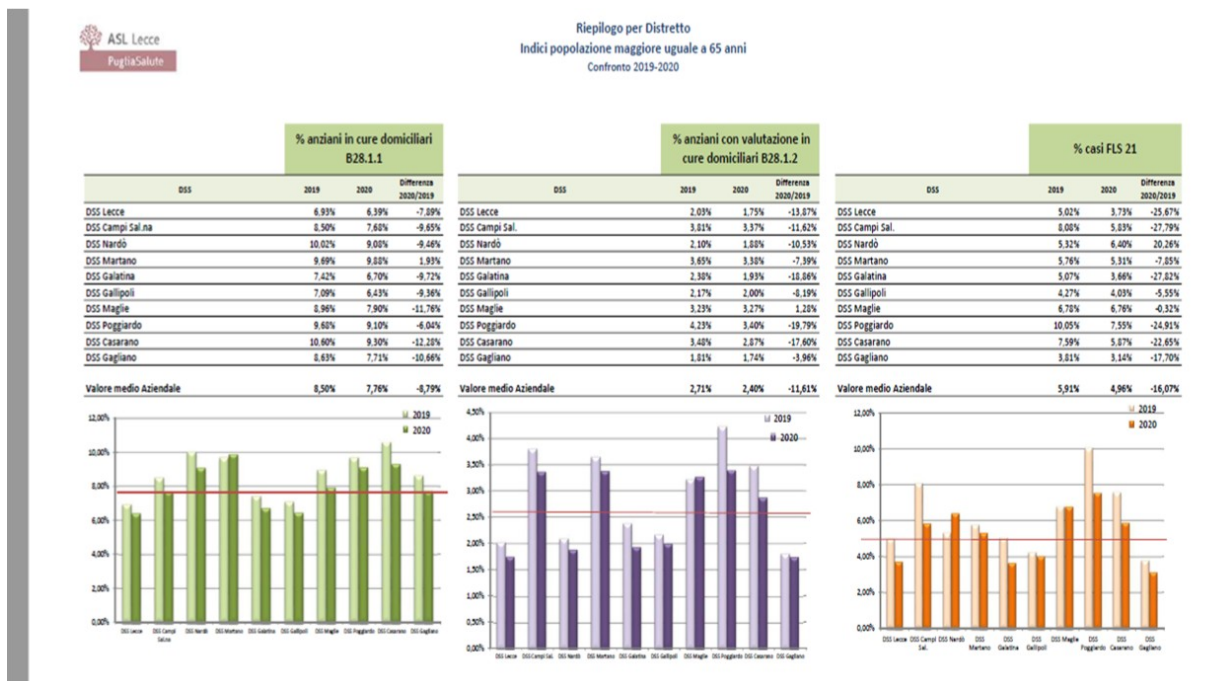
MDC	Totale ricoveri residenti	P.O. FAZZI	P.O. COPERTINO	P.O. GALATINA	P.O. CASARANO	P.O. SCORRANO	P.O. GALUPOLI
05 Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	9.952	2.416	543	164	594	820	603
08 Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	9.008	1.725	551	156	744	748	746
06 Malattie e disturbi dell'apparato digerente	6.832	1.363	717	351	490	897	560
04 Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	6.245	2.006	329	430	441	558	522
14 Gravidanza. Parto e puerperio	6.077	2.450		695		760	650
01 Malattie e disturbi del sistema nervoso	5.462	1.498	94	113	687	128	130
11 Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	5.114	1.194	72	140	788	76	56
15 Malattie e disturbi del periodo neonatale	4.797	1.846		615		645	447
13 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	3.258	708	21	248	11	412	208
07 Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	3.154	636	252	167	177	301	261
09 Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	2.669	700	233	89	173	59	105
03 Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.728	435	16	41	29	57	150
19 Malattie e disturbi mentali	1.504	238	39	229	167	224	12
17 Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	1.457	509	34	19	26	6	21
23 Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1.422	331	18	34	38	131	44
10 Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.402	171	18	62	71	83	123
02 Malattie e disturbi dell'occhio	1.289	356	12	2	9	1	18
18 Malattie infettive e parassitarie	1.276	323	64	228	118	119	64
12 Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	1.213	267	12	6	158	13	11
16 Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	930	394	56	26	124	24	58
21 Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	449	165	12	16	52	32	29
NA Altri DRG	370	177	12	16	20	24	46
Pre Altri DRG	274	89			6	7	12
20 Abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	116	7		7	11	14	
24 Traumatismi multipli rilevanti	55	34			8	6	2
22 Ustioni	31	6			1		1
25 DRG non classificabile	11	9		1			
	76.095	20.053	3.105	3.855	4.943	6.145	4.879



Distribuzione della domanda di ricovero della popolazione residente nella Provincia di Lecce per MDC anno 2020 (CASE DI CURA E MOBILITA' PASSIVA)

Table with columns: MDC, CDC CITTA' DI LECCE, CDC EUROITALIA-CASARANO, CDC PETRUCCIANI-LECCE, CDC S. FRANCESCO - GALATINA, CDC VILLA BIANCA - LECCE, CDC VILLA VERDE - LECCE, BE CARDINALE PANICO-TRICASE, MOBILITA' EXTRA REGIONALE (anno 2020), MOBILITA' INFRA REGIONALE (anno 2020). Rows list various medical conditions and their counts.

3. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione



3.1. Valore Pubblico



3.1.1. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

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

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

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

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

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

L'attuale programmazione Regionale ed Aziendale degli interventi ricadenti in questo ambito ha lo scopo, anche ricorrendo alle risorse messe a disposizione del PNRR, di consolidare ed innalzare il livello medio di digitalizzazione dei vari processi diagnostici, clinici, assistenziali ed amministrativi all'interno delle singole strutture aziendali.

E' previsto, innanzitutto, 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.

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

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

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**
- 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**: sistema pubblico di identità digitale, che abilita l'accesso ai servizi, fornendo a questi ultimi dati identificativi certificati, attraverso credenziali classificate su 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;
- **FatturaPA**: sistema che gestisce la fatturazione elettronica passiva della PA, integrando la stessa elettronica nei processi contabili e consentendo l'automazione del ciclo dell'ordine;



- **NSO:** sistema di smistamento automatico degli ordini.
- **ANPR** (Anagrafe nazionale della popolazione residente): anagrafe centrale di tutta la popolazione residente in Italia, realizzata in conformità di quanto stabilito dall'art. 62-ter del CAD. Questa rappresenta l'archivio di riferimento delle persone fisiche per tutti gli altri sistemi nazionali (migrazione da anagrafi locali ad anagrafe centrale in corso).
- **SIOPE+:** evoluzione del sistema SIOPE (utile alla gestione dei flussi di cassa) finalizzato a garantire l'analisi e la valutazione della spesa, il monitoraggio e il controllo dei conti pubblici, attraverso attività di armonizzazione e standardizzazione di schemi e flussi dati;
- **Poli di conservazione:** sistema per l'erogazione di servizi di conservazione documentale, realizzato dalle PA con il coinvolgimento dell'Archivio centrale dello Stato.
- **ANA (Anagrafe Nazionale degli Assistiti):** anagrafe centrale di tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale da realizzarsi in conformità di quanto stabilito dall'art. 62-ter del CAD. A seguito della disponibilità di ANA tutti i sistemi informativi che utilizzano l'anagrafe degli assistiti, regionale e nazionale, dovranno realizzare le opportune integrazioni con tale sistema.

3.2. 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", 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 2022-2024 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.



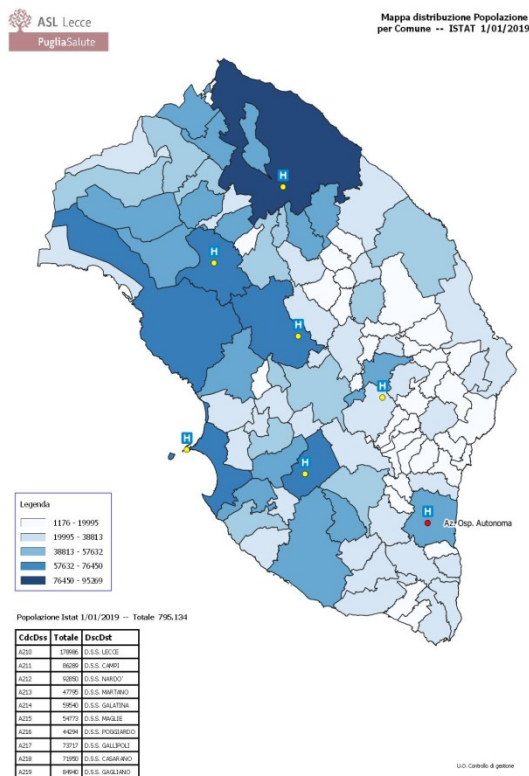
3.2.1. ANALISI DEL CONTESTO

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

Il territorio di competenza l’ASL LE, come detto in precedenza, corrisponde all’intera Provincia di Lecce che comprende 97 comuni. Da un punto di vista orografico la penisola salentina è un ambiente tipicamente pianeggiante, dotato di un buon sistema viario con due arterie principali che collegano la città capoluogo rispettivamente con l’area adriatica (SS 16 Brindisi – Otranto), e con l’area ionica fino a Gallipoli.

Mappa distribuzione demografica popolazione – Comuni per numero residenti.





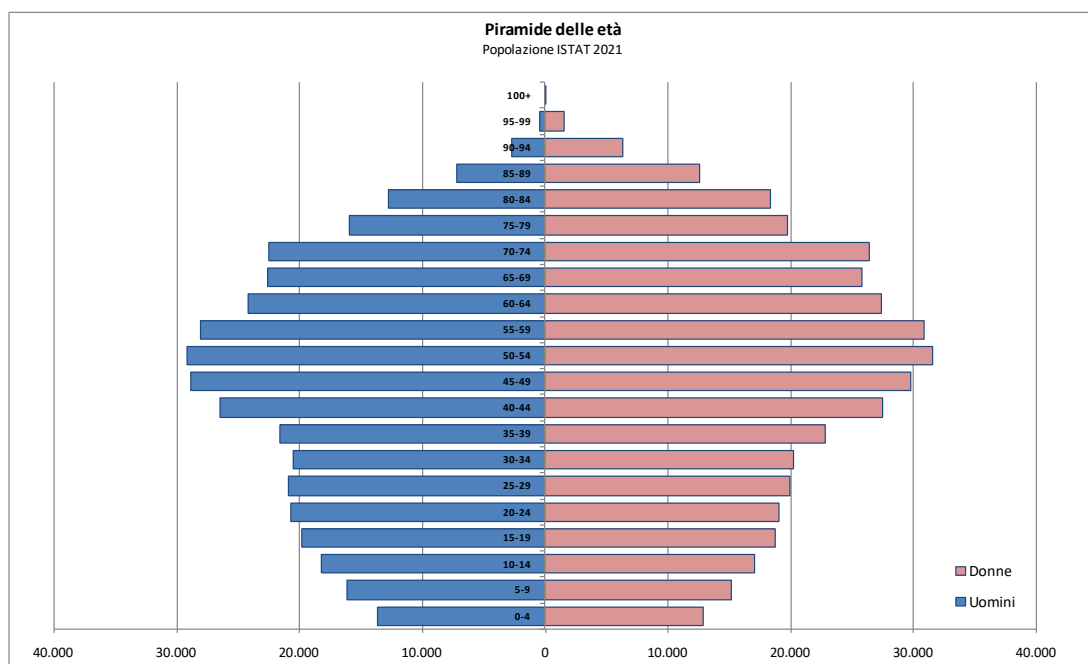
La distribuzione demografica della popolazione evidenzia una notevole dispersione nei centri di piccole dimensioni come si evince dalla mappa sottostante: il 68,3% della popolazione risiede in 88 comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti, il 19,5% risiede in 7 comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti e il 12,2% nella città capoluogo. Ciò ha condizionato e continua a condizionare il processo di programmazione e lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari.

La tabella seguente riporta la distribuzione della popolazione per Distretto Sociosanitario, l'indice di vecchiaia e l'indice di invecchiamento della popolazione al 15 dicembre 2021:

Distretto	N. Comuni	Popolazione EFFETTIVA (ISTAT 15.12.2021)	>64 anni	<15 anni	Indice di vecchiaia (incidenza popolazione anziana sui giovani)	Indice di invecchiamento (incidenza anziani sul totale della popolazione)
D.S.S. LECCE	10	177.357	41.709	22.456	185,74%	23,52%
D.S.S. CAMPI S.NA	8	83.710	22.157	9.624	230,23%	26,47%
D.S.S. NARDO'	6	90.822	21.738	11.461	189,67%	23,93%
D.S.S. MARTANO	10	46.679	12.501	5.237	238,71%	26,78%
D.S.S. GALATINA	6	57.752	15.117	6.720	224,96%	26,18%
D.S.S. MAGLIE	12	53.124	14.018	5.890	238,00%	26,39%
D.S.S. POGGIARDO	15	43.132	12.148	4.585	264,95%	28,16%
D.S.S. GALLIPOLI	8	71.444	17.877	8.752	204,26%	25,02%
D.S.S. CASARANO	7	69.761	16.807	8.868	189,52%	24,09%
D.S.S. GAGLIANO	15	82.449	21.094	9.526	221,44%	25,58%
	97	776.230	195.166	93.119	209,59%	25,14%

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente ha registrato nel 2021 un decremento di n. 14.892 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 + 7.0% con un incremento della popolazione anziana (> 64 anni) di n. 1.538 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (<15 anni) di n. -2.437 unità.

Di seguito è riportata la struttura demografica della popolazione residente nella provincia di Lecce al 15.12.2021 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 2001 – 2021. 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. 58.799 ab. a fronte di una diminuzione di n. 31.266 ab. nella fascia di età 0-14.

Classi età	2001		2011		2021	
	Residenti	%	Residenti	%	Residenti	%
0-14	124.385	15,74%	112.074	13,74%	93.119	12,00%
15-64	529.600	67,01%	537.046	65,85%	487.945	62,86%
65-74	80.676	10,21%	83.758	10,27%	97.291	12,53%
>75	55.691	7,05%	82.719	10,14%	97.875	12,61%
	790.352		815.597		776.230	

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

Il Piano Nazionale della Cronicità, recepito con Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016, *stima che circa il 70-80% delle risorse sanitarie a livello mondiale sia oggi speso per la gestione delle malattie croniche; il dato diviene ancora più preoccupante alla luce delle più recenti proiezioni epidemiologiche, secondo cui nel 2020 esse rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo. Nella regione euro-*



pea 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.

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 e i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Riabilitazione.

Assistenza Ospedaliera: n. 6 Presidi Ospedalieri

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.



Mapa Distretti Socio Sanitari e Strutture Ospedaliere Anno 2020



U.O. Controllo di gestione

Nel corso dell'anno 2021, la Direzione Strategica Aziendale, anche in conseguenza delle diverse direttive regionali in ordine alla rete ospedaliera e al numero di strutture complesse e semplici previsto per l'ASL di Lecce, ha proseguito il percorso di revisione della organizzazione dipartimentale la cui versione definitiva è stata adottata con DDG n. 303 del 21 aprile 2021.



Tale revisione è stata condotta secondo il principio della "organizzazione di rete" di cui costituiscono esempi concreti le reti per patologia tempo-dipendenti (trauma - infarto - ictus), la rete dell'emergenza neonatologica e pediatrica, la rete oncologica, la rete e nefrologico - dialitica e trapiantologica.

Con la citata DDG 303/2021, integrata e rettificata con successiva DDG n. 937 del 12.11.2021, sono stati individuati i 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 dagli specifici Regolamenti Regionali di settore:

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

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

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



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

Con la citata DDG 303/2021 s.m.i. è stato altresì adottato il Regolamento Generale della Organizzazione Dipartimentale ASL Lecce, che stabilisce, tra l'altro che: *Il Dipartimento è deputato alla gestione di funzioni complesse, finalizzate al coordinamento dell'intero processo di presa in carico, cura e assistenza e all'erogazione di prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale. Esso costituisce l'ambito privilegiato nel quale, sulla base del piano delle attività richiesto dalla Direzione Generale o ritenuto necessario sulla base della attività demandata, pianificare le nuove necessità in materia di risorse umane adeguamenti strutturali, di ricerca scientifica e di innovazione nei processi di cura anche attraverso l'acquisizione di tecnologie innovative sulla base di processi di HTA.*

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

Sulla base della organizzazione dipartimentale sopra esposta è stato ridefinito il Piano dei Centri di Responsabilità individuati nelle Unità Operative Complesse (UOC) e Unità Operative Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) destinatarie di budget e di obiettivi operativi per la performance organizzativa dell'anno 2022.

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, pa-



trimoniaie, 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 mission di entrambe le aziende.

3.3. Obiettivi Strategici

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

Costituiscono obiettivi strategici aziendali gli obiettivi assegnati al Direttore Generale ASL Lecce dalla regione Puglia con **D.G.R. n. 1584 del 2 settembre 2019** “Nomina Direttore Generale ASL Lecce”, **D.G.R. 2 agosto 2019, n. 1487** “Schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 320 del 13/3/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. - Integrazione e nuova approvazione”, e, nelle more della individuazione da parte della Regione Puglia degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. per il triennio 2022 – 2024, gli obiettivi assegnati con **DGR n. 2437 del 30.12.2019**, “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 SSR pugliese per l’anno 2019.” **in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i successivi atti di programmazione regionale:**

Indirizzi regionali sulla prevenzione:



- DGR 19 marzo 2020, n. 370, Piano di Controllo Nazionale Pluriennale 2020-2022. Recepimento Intesa Stato Regioni rep. Atti 16/CSR del 20/02/2020 ed individuazione del Punto di Contatto Regionale.
- DGR 7 agosto 2020, n. 1332, Approvazione del Documento Tecnico “Organizzazione dei programmi di screening oncologici nella Regione Puglia”.
- DGR 22 dicembre 2020, n. 2198, Recepimento Intesa Stato Regione “Intesa ai sensi dell’articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano concernente il Piano nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025” del 06.08.2020. rep. Atti 127/CSR.

Indirizzi sui servizi territoriali:

- DGR 30 ottobre 2018, n. 1935, Modello di gestione del paziente cronico “Puglia Care”. Governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici – Determinazioni”.
- DGR 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”.

Indirizzi sul riordino della rete ospedaliera:

- DGR 31 luglio 2020, n. 1215 concernente l'approvazione definitiva del Regolamento Regionale recante: “Potenziamento della rete ospedaliera ai sensi dell’art. 2 del decreto – legge 19 maggio 2020, n. 34”, emanato con **Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n.14**, con il quale si prevede, per la ASL di Lecce, il raddoppio dei posti letto in Terapia intensiva passando da n. 38 posti letto pre-emergenza Covid a n. 74 posti letto di terapia intensiva distribuiti in 5 presidi ospedalieri. Il suddetto R.R. 14/2020 modifica ed integra il precedente R.R. 22 novembre 2019, n. 23, confermando una organizzazione della rete ospedaliera per complessità e intensità di cura.

Indirizzi sulla pianificazione delle risorse:

- Indirizzi regionali per la predisposizione del bilancio economico previsionale annuale e pluriennale.
- Indirizzi regionali per la predisposizione del Piano Triennale del Fabbisogno di Personale
- DGR 15 febbraio 2022, n. 132, Misure per il contenimento della spesa per l’assistenza farmaceutica convenzionata. Determinazione dei tetti di spesa per singola Azienda Sanitaria Locale per l’anno 2022 ed individuazione delle cate-



gorie farmaceutiche prioritarie ai fini dell'adozione di misure finalizzate ad incrementare l'appropriatezza prescrittiva.

- DGR 15 febbraio 2022, n. 133, Misure per il contenimento della spesa dei dispositivi medici. Attribuzione dei tetti di spesa per singola Azienda pubblica del SSR per l'anno 2022 ai sensi dall'art. 9 ter del D.L. n. 78/2015 es.m.i.
- DGR15 febbraio 2022, n. 134, 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.
- DGR 7 marzo 2022, n. 314, Misure per il contenimento della spesa farmaceutica relativa all'acquisto diretto di farmaci. Determinazione dei tetti di spesa, ai sensi di quanto previsto dall'art. 1, comma 281 della L. 30 dicembre 2021, n. 234, e degli obiettivi minimi di budget per singola Azienda Sanitaria Locale, Azienda Ospedaliero-Universitaria e I.R.C.C.S. pubblico per l'anno 2022.
- DGR 6 aprile 2021, n. 559, Razionalizzazione della spesa per l'assistenza protesica - Fondo di remunerazione per l'assistenza protesica. Tetti di spesa anno 2021.

Il processo di programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie posto in essere dalla regione Puglia nel corso del biennio 2020 - 2021 è stato notevolmente influenzato dagli interventi necessari a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2.

Oltre alla definizione delle misure urgenti in merito allo svolgimento, ovvero, sospensione e ripresa delle attività sanitarie e sociosanitarie, gli atti di programmazione regionale hanno riguardato da un lato la predisposizione e il successivo aggiornamento della Rete Regionale Covid, dall'altro il potenziamento della rete ospedaliera la cui definitiva revisione, ai sensi dell'art. 2 decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 (convertito in Legge 77/2020), è stata emanata con il citato Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n.14.

Sulla base degli atti specifici di indirizzo regionale, la ASL Lecce ha posto in essere, a partire dal marzo 2020, una serie azioni e interventi efficaci per il contrasto della Pandemia da COVID 19, articolati in più linee di attività:

- ✓ interventi di prevenzione e tutela rivolti agli operatori sanitari e socio sanitari e alla popolazione assistita con particolare riferimento agli ospiti di strutture residenziali e semi residenziali destinate a cittadini non autosufficienti;
- ✓ interventi in attuazione del Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid – 19 negli ambienti



di lavoro, sottoscritto il 14 marzo 2020 ed integrato il 24 aprile 2020, protocollo elaborato su invito del Presidente del Consiglio dei Ministri, tra Governo e parti sociali.

- ✓ interventi di prevenzione e tutela negli ambienti di lavoro, costituiti anche da vaccinazioni, test sierologici e tamponi antigenici rivolti a lavoratori pubblici e privati ed a lavoratori stranieri.
- ✓ attività di monitoraggio della circolazione del virus SARS-CoV-2, attraverso la sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale;
- ✓ interventi terapeutico riabilitativi rivolti a cittadini risultati positivi all'infezione da Coronavirus e bisognevoli di cure in fase acuta e/o in terapia intensiva. A tal fine, presso gli ospedali a gestione diretta sono stati attivati servizi di Pronto soccorso (con percorsi protetti e separati per tipologia di pazienti), posti letto di Malattie infettive, Pneumologia CoViD, Terapia Intensiva CoViD, Lungodegenza post CoViD. Per garantire tutta l'attività ospedaliera e in terapia intensiva non si è mai fatto ricorso a Strutture Sanitarie accreditate, che sono state mantenute CoViD free;
- ✓ implementazione di un solido sistema di accertamento diagnostico in attuazione delle disposizioni regionali sulla rete dei laboratori di microbiologia;
- ✓ potenziamento dei servizi distrettuali per la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

Particolarmente efficaci sono stati gli interventi connessi alla campagna vaccinale anti Covid 19 che, avviata il 27 dicembre 2020, si è sviluppata nel corso dell'anno 2021 raggiungendo a dicembre dello stesso anno 84% della popolazione vaccinata sul totale dei residenti e una copertura vaccinale superiore al 90% della popolazione con età ≥ 40 ann

OBIETTIVI DA DGR 1584/2019 - "Obiettivi di mandato":

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

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

Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera.

Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e ride-



terminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali.

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

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

Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rispetto del piano attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa in applicazione del



Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA) vigente. (L.R. n. 13/2019 e DGR n. 735 del 18.04.2019)

Nelle more della individuazione da parte della Regione Puglia degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. per il triennio 2022 – 2023, vengono ripresi, in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i successivi atti di programmazione regionale, gli obiettivi assegnati con DGR n. 2437 del 30.12.2019, “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 SSR pugliese per l’anno 2019.” e sviluppati in applicazione del sistema di valutazione del M.E.S. (Laboratorio Management & Sanità) della Scuola Superiore Sant’Anna di Pisa:

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

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



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

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



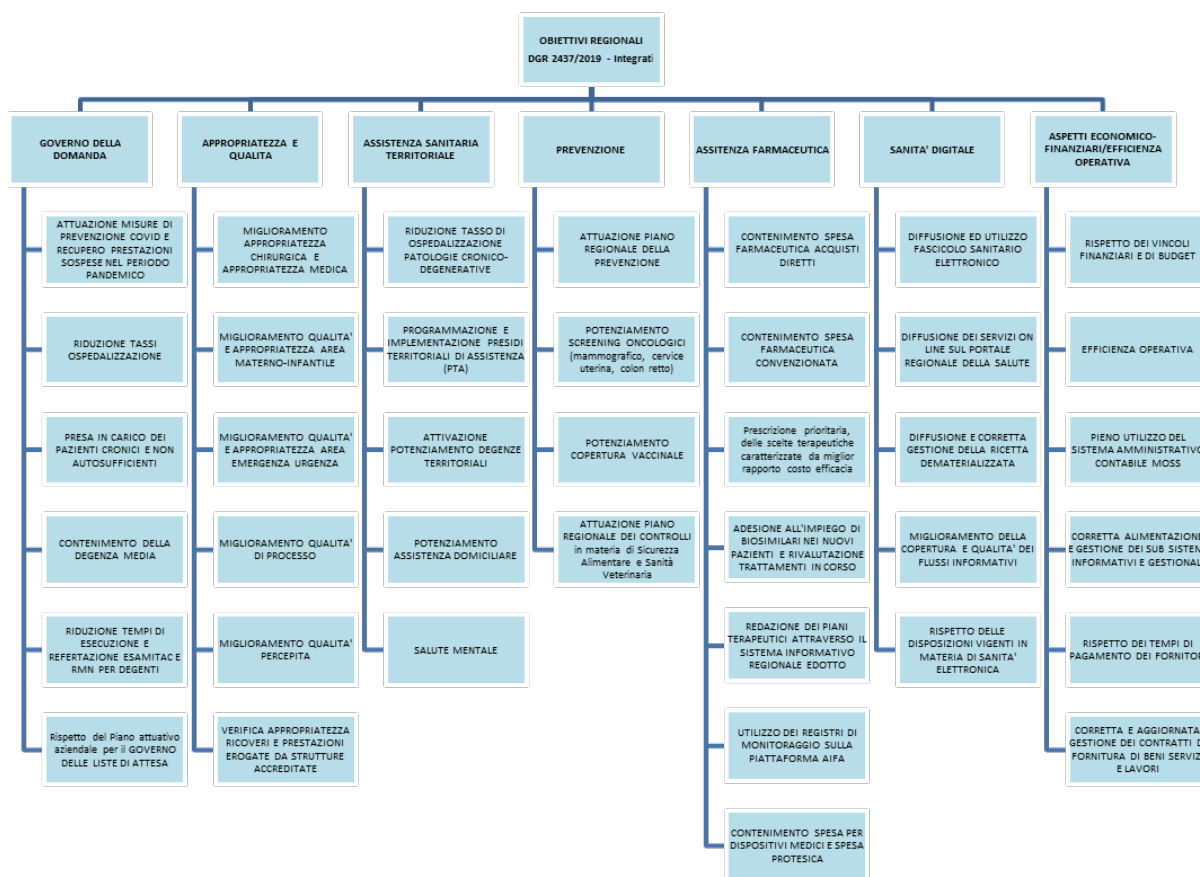
MACRO-AREA OBIETTIVO	OBIETTIVO	AMBITO	INDICATORE
ASSISTENZA FARMACEUTICA	Monitorare e incentivare la prescrizione di molecole a brevetto scaduto o a costo inferiore da parte degli M.M.G.	ASL	% Molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza [Indicatori MES: F12a.14-Molecole; F12a.6-Derivati Diidropiridinici (Antiipertensivi); F12a.9-Fluorochinoloni (Antibiotici); F12a.2-Statine (Ipolipemizzanti); F12a.7-ACE Inibitori (Antiipertensivi); F12.11a-Sartani].
	Ridurre il consumo di antibiotici in età pediatrica.	ASL	Consumo di antibiotici in età pediatrica - DDD (Ind. MES C9.8.1.1.1) Consumo di cefalosporine in età pediatrica -DDD (Ind. MES C9.8.1.1.2).
	Diminuzione della Spesa Farmaceutica convenzionata	ASL	Spesa lorda pro capite pesata farmaci di fascia A attraverso le farmacie convenzionate (OSMED) - Sistema Direzionale Edotto
	Riduzione dei consumi dei Sartani con copertura brevettuale	ASL/AOU	% Ricorso al farmaco generico dei consumi della specifica classe terapeutica (fonte: flusso farmaceutica convenzionata e distribuzione diretta)
	Adesione all'impiego dei biosimilari (owero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso	ASL/AOU	% Incidenza dei farmaci biosimilari sui consumi dei farmaci biosimilari e dei farmaci originatori (flusso diretta e DPC)
	Uso ospedaliero appropriato degli antibiotici al fine del controllo delle resistenze batteriche	ASL/AOU	Riduzione della spesa di antibiotici ad ampio spettro di azione o gravati da elevate resistenze (penicilline associate a inibitori della betalattamasi, fluorochinoloni, cefalosporine e macrolidi) come rilevato dal flusso dei consumi ospedalieri
	Redazione dei Piani Terapeutici attraverso il sistema informativo regionale Edotto	ASL/AOU	% Piani terapeutici informatizzati
	Redazione delle prescrizioni farmaceutiche ospedaliere e territoriali attraverso il sistema informativo regionale Edotto	ASL/AOU	% di prescrizioni specialistiche informatizzate
	Incremento della distribuzione diretta del primo ciclo terapeutico a seguito di dimissione ospedaliera o visita ambulatoriale	ASL/AOU	Numero di accessi in distribuzione diretta al primo ciclo terapeutico
	Utilizzo dei registri di monitoraggio sulla piattaforma AIFA	ASL/AOU	% Schede chiuse dai medici relative a pazienti con erogazioni di terapia non rilevate negli ultimi 6 mesi % Richieste di rimborso sul totale dei trattamenti chiusi

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

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



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 2022, la Direzione Generale ha definito, sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, le Linee Guida per il Budget anno 2022 assegnando ai dipartimenti aziendali i seguenti obiettivi operativi di performance prioritari per l'anno 2022:

3.4.1. OBIETTIVI OPERATIVI COMUNI A TUTTE LE STRUTTURE

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- 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.
- 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 il rispetto delle misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione aziendale.
- Assicurare il rispetto delle misure previste nel Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità aziendale.
- Programmare e realizzare il Dossier formativo delle UU.OO. finalizzato ad assicurare i LEA e a raggiungere gli Obiettivi di Performance, garantendo, altresì, l'acquisizione dei crediti ECM al personale assegnato.



3.4.2. DIPARTIMENTO PREVENZIONE

Costituiscono obiettivi specifici del Dipartimento di Prevenzione:

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemica da COVID – 19 mediante:
 - il potenziamento delle attività di monitoraggio e la sorveglianza attiva della circolazione del virus SARS-CoV-2, in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale;
 - l'attuazione dei piani di vaccinazione anti-Covid.
- Attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel Piano Regionale della Prevenzione;
- Attuare a livello aziendale gli interventi previsti nel Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria, ciascuna U.O.C. per la parte di propria competenza, come stabilito dal R.R. n. 13/2009 e dal R.R. 18/2020;
- Potenziare la copertura vaccinale;
- Assicurare adempimenti LEA - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

3.4.3. SCREENING ONCOLOGICI

Per l'anno 2022 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, giusta DGR n. 1332 del 7 agosto 2020 recepita con Deliberazione DG n. 1006 del 6 ottobre 2020.

3.4.4. DISTRETTI SOCIO SANITARI

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemica da COVID – 19.
- Predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.



- Sviluppare la presa in carico dei pazienti con patologie croniche e attuare programma Puglia Care 3.0.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite Ambulatoriali, Esami strumentali diagnostici e/o operativi, Day Service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Portare a regime i Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.) ovvero assicurare i servizi minimi distrettuali.
- Attivare e/o potenziare le unità di degenza territoriali - Ospedali di Comunità.
- Potenziare le cure domiciliari nel rispetto dei valori soglia definiti nel Nuovo Sistema di Garanzia.
- 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 previste per il contenimento della spesa farmaceutica convenzionata.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi
- Assicurare gli interventi necessari al contenimento della spesa per assistenza protesica entro i tetti stabiliti dalla regione.
- Incrementare le prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.
- Incrementare la presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata.

3.4.5. DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.



- Predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Assicurare la Presa in carico dei pazienti psichiatrici.
- Assicurare la Presa in carico dei pazienti di NPI.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite specialistiche e Day Service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenni.
- Contenere il numero di TSO ai residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione di minori per patologie psichiatriche.
- Contenere i ricoveri ripetuti tra 8 e 30gg 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.

3.4.6. DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- 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.

3.4.7. DIPARTIMENTO MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- Predisporre la pianificazione delle attività (Volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Assicurare la Presa in carico dei pazienti in riabilitazione ambulatoriale.
- Potenziare le cure riabilitative domiciliari in raccordo con i Distretti Sociosanitari
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali (Visite specialistiche e Day Service) secondo i criteri di priorità (UBDP) previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali.
- Migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- Migliorare il tasso di utilizzo dei posti letto di riabilitazione ospedaliera in dotazione.
- Contenere la degenza media su standard definiti per tipologia di trattamento (riabilitazione fisica, neurologica, pneumologica, cardiologica).
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni riabilitative erogate dalle strutture private accreditate.



- Assicurare interventi atti a garantire il contenimento della spesa per assistenza protesica.

3.4.8. SERVIZIO EMERGENZA URGENZA 118

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- 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).

3.4.9. STRUTTURE OSPEDALIERE

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- 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 recupero delle prestazioni non erogate nel periodo di emergenza pandemica.
- Migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- Assicurare il governo dei tempi di attesa per le prestazioni di Ricovero, Esami strumentali diagnostici e/o operativi, Diagnostica di laboratorio, Day Service e Ambulatoriali, secondo i criteri di priorità previsti nel Piano Nazionale Governo dei Tempi di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Assicurare l'attivazione di tutti i nuovi posti letto previsti per l'ASL Lecce con il R.R. 14/2020.



- Avviare tutti i servizi ritenuti “Strutturali” con Legge 77/2020.
- Piena attivazione dei posti di Terapia Intensiva e di TIPO indicati dalla programmazione regionale e aziendale.
- Garantire il corretto percorso clinico del paziente e la sua completa presa in carico, anche attraverso percorsi integrati in relazione ai vari setting assistenziali nonché attraverso la corretta implementazione dei PDTA, ove previsti, favorendo l’impostazione multi-disciplinare e multiprofessionale della cura e dell’assistenza, nonché l’integrazione e il coordinamento delle risorse.
- Ridurre i ricoveri impropri per DRG ad alto rischio di inappropriately nel rispetto dello standard stabilito a livello ministeriale del rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriately e a ricoveri attribuiti a DRG non a rischio inappropriately in regime ordinario.
- 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.
- Contenere la proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento conservativo chirurgico per tumore maligno della mammella, nel rispetto degli standard previsti (Nuovo sistema di garanzia).
- Incrementare la proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni, nel rispetto degli standard previsti (Nuovo sistema di garanzia).
- Migliorare la qualità di processo: % fratture collo del femore operate entro 2 giorni dall'ammissione.
- Migliorare la qualità di processo: (H17C) % di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno. (H18C) % di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.
- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di screening primo e secondo livello per mammografico e secondo livello per cervico-uterino e colon retto.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.



- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.
- Incremento prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.
- Incremento presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici.

3.4.10. DIPARTIMENTO DI MEDICINA TRASFUSIONALE

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- 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.
- 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, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.

3.4.11. DIPARTIMENTO DEL FARMACO

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- 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.
- Collaborare con le Aree Amministrative (in particolare con l'Area Patrimonio e Risorse Finanziarie) per la corretta implementazione e gestione, per quanto di competenza, del sistema MOSS e delle procedure di approvvigionamento dei beni sanitari.
- Assicurare la partecipazione alle Commissioni Aziendali di cui alle DD.DD.GG. n. 2568/2018 e n. 2569/2018.

3.4.12. STRUTTURE AFFERENTI AL GOVERNO CLINICO

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- Assicurare il governo della domanda di assistenza specialistica nelle branche afferenti al Dipartimento mediante il coordinamento dell'offerta territoriale, di concerto con i Distretti Sociosanitari e in rapporto con i Presidi Ospedalieri, e la presa in carico del paziente in percorsi integrati.
- Assicurare la verifica dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni nelle strutture a gestione diretta e in quelle convenzionate accreditate, secondo gli standard stabiliti a livello regionale.
- Assicurare il coordinamento nella pianificazione e nella verifica delle attività connesse al governo delle liste d'attesa per l'attività ambulatoriale e per i ricoveri ospedalieri, secondo i rispettivi criteri di priorità, nonché il monitoraggio del recupero delle prestazioni non erogate nel periodo di emergenza pandemica.
- Assicurare percorsi per la prevenzione e gestione del rischio clinico e la sicurezza complessiva nei percorsi di assistenza e di cura, elaborando metodi e tecniche utili al contenimento eventi avversi correlati alle attività di prevenzione, cura e assistenza.
- Sviluppare cultura e competenza nella valutazione dei volumi e degli esiti, anche mediante l'utilizzo degli indicatori finalizzati al miglioramento continuo della qualità, appropriatezza ed efficacia della diagnosi e della cura, con il monitoraggio continuo dei risultati raggiunti, per le singole specialità aziendali.
- Assicurare l'apporto tecnico-professionale nei programmi aziendali per l'accredito istituzionale per le strutture aziendali o dei singoli servizi.
- Potenziare i servizi per la tutela della salute dei lavoratori, anche mediante la mappatura dei rischi e la rilevazione del benessere organizzativo.



- Migliorare la comunicazione istituzionale con il coinvolgimento degli stakeholder esterni e la rilevazione del grado di soddisfazione degli utenti, anche attraverso una corretta gestione delle segnalazioni e dei reclami.
- Attuare interventi di valutazione partecipativa delle performance, anche con il coinvolgimento delle associazioni.
- Dare piena attuazione alle linee di indirizzo del progetto regionale Hospitality.
- Assicurare la redazione e il costante aggiornamento del piano formativo aziendale, per le diverse articolazioni organizzative, e la gestione degli eventi formativi.
- Implementare strumenti di sorveglianza epidemiologica con la produzione di specifici report utili nella programmazione delle attività e dei servizi aziendali (Registro Tumori, Sistemi di Sorveglianza di patologia, etc.).
- Assicurare il coordinamento aziendale e il collegamento con la Rete Regionale delle Malattie Rare.
- Monitorare i requisiti organizzativi delle strutture aziendali, con particolare riferimento alle professioni sanitarie e al personale di comparto.

3.4.13. STRUTTURE TECNICO - AMMINISTRATIVE

- Attuare le disposizioni regionali e della Direzione Generale per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19.
- Assicurare costante supporto alla direzione generale nella definizione degli indirizzi strategici mediante la predisposizione dei documenti di programmazione e la gestione delle relative procedure:
 - Piani strategici e dei fabbisogni, Bilanci di previsione annuali e pluriennali;
 - Piano triennale del fabbisogno di personale con la programmazione e gestione delle procedure di reclutamento;
 - Programma triennale dei lavori pubblici con la programmazione e gestione delle procedure di affidamento ed esecuzione dei lavori;
 - Programma biennale degli acquisti di beni e servizi con la programmazione e gestione delle procedure di gara;
 - Piano pluriennale di acquisizione, aggiornamento e manutenzione delle apparecchiature elettromedicali;
 - Piano per la Transizione alla modalità digitale e dematerializzazione;



- Piano di sviluppo dei sistemi informativi;
- Piano delle performance.
- Procedere alla razionalizzazione e semplificazione delle procedure amministrative e alla verifica e revisione delle procedure amministrative-contabili per la corretta implementazione del MOSS e per la certificabilità dei bilanci.
- 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.

3.5. 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 B) 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).

3.5.1. 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 del Funzione Pubblica (DFP) ha redatto specifiche "*Linee guida sulla valutazione partecipativa nelle pubbliche amministrazioni*", n. 4 del novembre 2019, che contengono basilari indicazioni metodologiche in ordine alle modalità attraverso le quali assicurare il coinvolgimento di cittadini ed utenti nel processo di misurazione della performance organizzativa.

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



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

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

- la rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive;
- lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione.

L’art. 19-bis, inoltre:

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



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

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

La valutazione partecipativa si configura, infatti, come una forma di valutazione della performance che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione 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 (CCM), del Comitato Unico di Garanzia (CUG), dell'Unità Operativa Comunicazione e Informazione Istituzionale e dell'Unità Operativa Psicologia del Lavoro e Benessere Organizzativo.



3.5.2. INTERVENTI DA PARTE DEL COMITATO CONSULTIVO MISTO

La Asl di Lecce con Delibera n.° 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 n.° 4 del marzo 2014, e delineava le linee guida per la costituzione e il funzionamento del Comitato Consultivo Misto della Asl.

Con delibera n° 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 degli cittadini.**

Il Comitato Consultivo Misto di Lecce è composto da 26 Associazioni di Tutela e di Volontariato in campo socio-sanitario e da un rappresentante designato dall'Asl.

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

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



Nel 2021, sempre causa COVID, si è comunicato tra le Associazioni e con le Direzioni nelle seguenti modalità:

Mail e richieste telefoniche, Incontri realizzati in remoto tramite piattaforma ZOOM o GoToMeeting, videochiamate

Sintesi delle attività anno 2021

- Criticità recepite dalle Associazioni del CCM (diabetologia, liste attese, carenza di informazioni dai reparti, dimissioni protette con i vari reparti)
- Verifica relativa al servizio di Prevenzione, in particolare all'accesso ai 2° e 3° vaccini e problematiche emerse(vaccini over 80, vaccini disabili, oncologici, percorso per le Associazioni agevolato e proposta ritiro referti on line e non attraverso assembramenti)
- Verifica umanizzazione dei servizi nelle Aree Covid e attivazione del progetto per familiari ammalati Covid, tramite il Servizio di Cup senologico per accesso/videochiamata alle strutture da parte dei caregiver
- Consegna nuovi pass
- Attività di controllo sulle liste di attesa effettuata da alcune Associazioni
- Attività di risoluzione ai reclami/encomi pervenuti
- incontri on line o telefonici con le associazioni per risolvere criticità sul territorio in tempo reale
- Sollecitazione e proposta nuovo componente Comitato Etico individuato nell'Assemblea del febbraio 2020

AZIONI POSITIVE proposte dal CCM e in itinere per il 2022

Incontri con Direttore Generale e Sanitario sulle liste di attesa

Ripresa della Formazione alle Associazioni CCM sulla Sanità a Lecce

Proposta al Tribunale di Lecce per attività del Gruppo di Lavoro multidisciplinare per le emergenze sanitarie



3.5.3. 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.

Le azioni positive che si intendono implementare nel triennio 2022-2024:

- contribuire affinché l'organizzazione del lavoro sia strutturata con modalità che garantiscano il benessere organizzativo, l'assenza di qualsiasi discriminazione e favoriscano la migliore conciliazione tra tempi di lavoro e tempi di vita, soprattutto nell'attuale fase di fondamentali e rivoluzionari cambiamenti organizzativi che coinvolgono la Pubblica Amministrazione, legati alla introduzione del Lavoro Agile in forma ordinaria attraverso l'adozione del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) parte integrante del presente piano;
- attuazione delle misure di flessibilità organizzativa del lavoro in coerenza con il POLA, di cui al punto precedente;
- implementazione di tecnologie per una migliore fruibilità dei servizi e il dispiegamento di sistemi di comunicazione e collaborazione;

in particolare l'attività è finalizzata a migliorare e semplificare "l'esperienza utente" nell'uso degli strumenti di produttività individuale e per il lavoro collaborativo, sia per gli smartworker che per gli utenti in presenza;



- aggiornamento continuo del piano della fattibilità delle ricollocazioni, attuando iniziative di riprogettazione del posto di lavoro e dell'ufficio, ponendo attenzione al benessere psico-fisico del dipendente.

3.5.4. LA RILEVAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DEI DESTINATARI DELLE ATTIVITÀ E DEI SERVIZI

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

Nella home page del sito aziendale è presente la sezione "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:

<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/esprimi-la-tua-opinione>

Nel prossimo biennio il servizio "Esprimi la tua opinione" proseguirà regolarmente.

La rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini avviene anche, a livello qualitativo, attraverso la gestione di segnalazioni/reclami che pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e che vengono rilevate anche attraverso i commenti e la posta sulla pagina istituzionale Facebook Azienda Sanitaria Locale Lecce seguita da 32.500 persone.

La pagina Facebook, con Messenger, è diventata uno "sportello virtuale" con cui sono state rilevate osservazioni, opinioni, consigli, moniti su servizi sanitari territoriali e ospedalieri. In pandemia è diventata punto di riferimento per informazioni relative all'accesso dei servizi Covid e non Covid (procedure e centri tamponi, misure di isolamento, prenotazione vaccinazione antiCovid, rete Punti vaccinali di popolazione, contatti con le articolazioni aziendali dedicate).

3.5.5. LA VALUTAZIONE PARTECIPATA DEL GRADO DI UMANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE DI RICOVERO

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

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



- Accesso al ciclo di valutazione
- Produzione delle informazioni
- Validazione dei dati raccolti in ciascuna struttura
- Restituzione pubblica dei dati
- Proposta dei piani di miglioramento
- Monitoraggio della realizzazione delle azioni di miglioramento proposte.

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

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

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

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

Nel periodo 2022-23 si può prevedere, superato l'allarme pandemia, di riavviare i monitoraggi in tutte le strutture di ricovero.

3.5.6. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E PROMOZIONE DEL BENESSERE DEI LAVORATORI

Nella Asl di Lecce è stato portato a termine il percorso di valutazione del rischio stress lavoro-correlato in tutte le strutture e, allo stato, vengono effettuati specifici percorsi di rilevazione dei rischi psicosociali nelle realtà aziendali che presentino problematiche, con l’obiettivo di individuare adeguate strategie di miglioramento organizzativo.



I rilevanti cambiamenti che la pandemia in atto ha portato nel mondo del lavoro hanno indotto l'Unità di Psicologia del Lavoro e dell'Organizzazione a rimodulare le azioni di promozione del benessere dei lavoratori.

Con l'obiettivo di proteggere la salute psichica dei dipendenti impegnati nell'emergenza Covid-19 e di prevenire l'insorgenza di patologie psichiche, inclusa la sindrome del burn out, nonché di potenziare le capacità di adattamento e l'empowerment personale, è stata promossa l'attivazione di un Servizio appositamente dedicato.

- Nel marzo 2020, accanto ai consolidati strumenti di supporto psicologico per i dipendenti (Sportello Ascolto), si è dato l'avvio ad un **nuovo Servizio di sostegno telefonico rivolto a tutti gli operatori sanitari impegnati nell'emergenza Covid-19** che, in tal modo, possono fruire di interventi, anche psicoterapeutici, garantiti da un team di 32 psicologi della nostra Azienda.
- Nel maggio 2020, la Asl di Lecce ha aderito all'**iniziativa nazionale** messa in campo **dall'Inail in collaborazione con il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi**, denominata "Gestione dello stress e prevenzione del burn-out negli operatori sanitari nell'emergenza Covid-19", finalizzata alla ricerca e alla collaborazione inter-istituzionale, con l'obiettivo di promuovere elevati standard qualitativi nelle procedure e metodologie impiegate.

Nel corso del 2020, con l'introduzione della forma di lavoro "**agile**", la nostra Azienda si è dovuta confrontare con un'importante sfida che investe l'intera Pubblica Amministrazione, anche in considerazione del fatto che potrebbe diventare una modalità di lavoro stabile.

Il modello di "lavoro agile" comporta un mutamento della cultura organizzativa e un superamento della logica delle "ore lavorate" e del "cartellino timbrato", a favore di una maggiore attenzione nei riguardi del perseguimento degli obiettivi e del conseguimento dei risultati.

L'adozione della nuova modalità lavorativa implica una serie di opportunità e rischi in quanto, da un lato, può, ad esempio, assicurare ai lavoratori una migliore work-life balance e, dall'altro, richiedere loro una maggiore flessibilità, autonomia e responsabilità.

Le possibilità di sviluppo insite nello "smartworking" potranno realizzarsi solo attraverso un management che punti su modelli organizzativi innovativi e abilità gestionali adeguate.

- L'Unità di Psicologia del Lavoro ritiene opportuno predisporre **un programma formativo e informativo** nei riguardi delle figure dirigenziali dell'Azienda che miri a potenziare le loro capacità di leadership e di valorizzazione delle risorse umane. Solo motivando e guidando adeguatamente il gruppo di lavoro verso un efficace impiego del nuovo modello organizzativo, si potrà accrescere il livello di benessere psico-fisico dei lavoratori e migliorare la performance individuale e organizzativa.
- Inoltre, sarebbe proficuo, anche in vista di una più puntuale programmazione delle possibili forme di articolazione lavorativa, fare tesoro delle esperienze di lavoro agile



sin qui maturate dai dipendenti aziendali indagando, tramite la **somministrazione di un apposito questionario**, la loro opinione e quella dei dirigenti di struttura in merito alle *best practices* e alle criticità emergenti.

E poi, nel corso del tempo, sulla base degli esiti delle anzidette iniziative, sarà possibile rimodulare le strategie di intervento e prevenzione dei rischi psicosociali per fronteggiare le nuove sfide in cui ci troviamo immersi, nella consapevolezza che “ogni lungo viaggio inizia con un primo passo”.

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

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

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

3.6.2. 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 2022, nonché degli indirizzi regionali in materia sanitaria di programmazione economico finanziaria.

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

Su impulso dell'OIV è stato avviato un processo di revisione complessiva del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SMVP) anche al fine di adeguare le procedure aziendali alle recenti disposizioni normative.

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

Attualmente è in corso di revisione il SMVP che sarà oggetto di condivisione con le OO.SS. di categoria del Comparto Sanità e sarà approvata unitamente alla contrattazione integrativa;



analogamente si procederà nel corso del 2022 con la contrattazione integrativa per le aree della dirigenza a seguito dei nuovi CC.CC.NN.LL. sottoscritti, rispettivamente per la Dirigenza Area Sanità e per la Dirigenza PTA.



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 2022-2024.

Il presente Piano si articola in tre sezioni:

la prima sezione è dedicata al modello di gestione interna con l'analisi degli impatti, l'identificazione degli attori coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione dell'ASL di Lecce, ivi compresa la presentazione della metodologia per la gestione del rischio; la seconda sezione è dedicata alla gestione e programmazione delle misure generali e specifiche di mitigazione del rischio; la terza sezione è dedicata al tema della trasparenza amministrativa.

4.2. Processo di adozione del Piano

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

Il presente Piano è stato oggetto di consultazione pubblica aperta a tutti gli 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 2022-2024.



4.3. Obiettivi strategici

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

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

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

- Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- Aumentare la capacità di individuare eventi corruttivi

4.4. Coordinamento con il Piano della Performance

Il contenuto del presente Piano è collegato al Piano delle Performance e agli 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, tra gli obiettivi strategici è riportato l'indicatore seguente: "Adozione e rispetto delle misure previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (PTPCT) aziendale"

4.5. Modello organizzativo

Per le indicazioni ed i contenuti informativi relativi al "Modello "Organizzativo" si rimanda rispettivamente al paragrafo 3.2 Il contesto interno - Generalità sulla struttura organizzativa ed al paragrafo Struttura Organizzativa.

4.6. 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:



4.6.1. 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);

4.6.2. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA

- 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 inconfiribilità 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, che deve essere adottato dal Direttore Generale della ASL (art. 1, comma 8, l. 190/2012); definisce 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;



4.6.3. 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);
- 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.

4.6.4. 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"

4.6.5. O.I.V.

- svolge compiti connessi all'attività di prevenzione della corruzione nel settore della trasparenza amministrativa e della performance (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);

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

- attua 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;

4.6.7. 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);

4.6.8. 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).

N.B.: Il Responsabile della prevenzione ha il compito di definire le modalità e i tempi dell'interazione con gli altri organi competenti nell'ambito del PTPCT.

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 2021. I Referenti del RPCT sono stati chiamati a rendicontare in ordine alle misure di prevenzione applicate, attraverso riunioni on-line, scaturite nell'inserimento delle informazioni acquisite (monitoraggio semestrale I livello) all'interno 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

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 2021 sono stati mappati ed analizzati 204 processi aziendali. Per dettagli sulla mappatura processi/rischi/misure si rinvia al documento in allegato "Allegato D) -Analisi del Rischio".

L'analisi del contesto interno ha consentito di rilevare una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione riportate nel Piano ed in particolare, per quanto riguarda le misure di carattere specifico, stante la parziale attuazione, si prevede per il triennio 2022-2024 un ulteriore aggiornamento delle sotto-aree e processi con l'individuazione di misure ulteriori di mitigazione del rischio corruttivo.

4.8. Valutazione impatto del Contesto esterno

La valutazione del contesto esterno consente l'acquisizione di notizie ed informazioni finalizzate 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 priva-

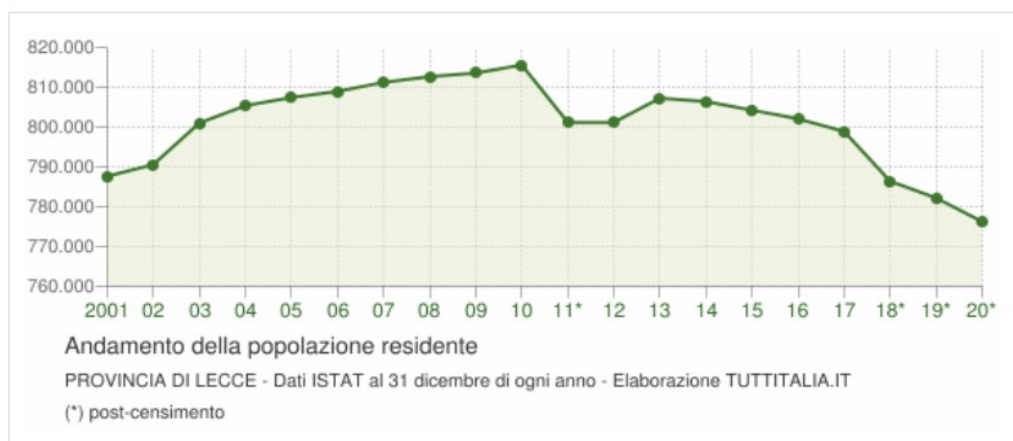


ti con cui si deve confrontare, nonché per l'articolazione organizzativa dei servizi a gestione diretta in fase di profonda revisione conseguente al riordino della rete ospedaliera.

4.8.1. CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

La provincia di Lecce, estesa per 2.759,39 chilometri quadrati (il 14,3% del territorio pugliese), è la terza provincia per estensione territoriale della regione dopo quelle di Foggia e di Bari, con 772.276 abitanti (al 31/12/2021).

Il territorio di competenza dell'ASL LE, come detto in precedenza, corrisponde all'intera Provincia di Lecce che comprende 97 comuni. Da un punto di vista orografico la penisola salentina è un ambiente tipicamente pianeggiante, dotato di un buon sistema viario con due arterie principali che collegano la città capoluogo rispettivamente con l'area adriatica (SS 16 Brindisi – Otranto), e con l'area ionica fino a Gallipoli. La distribuzione demografica della popolazione evidenzia una notevole dispersione nei centri di piccole dimensioni come si evince dalla mappa sottostante: il 68,3% della popolazione risiede in 88 comuni con popolazione inferiore a 15.000 abitanti, il 19,5% risiede in 7 comuni con popolazione superiore a 15.000 abitanti e il 12,2% nella città capoluogo. Ciò ha condizionato e continua a condizionare il processo di programmazione e lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari. Di seguito è rappresentato l'andamento demografico della popolazione residente in provincia di Lecce dal 2001 al 2020. Grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno.



Le imprese attive nella provincia di Lecce sono oltre 64 mila.

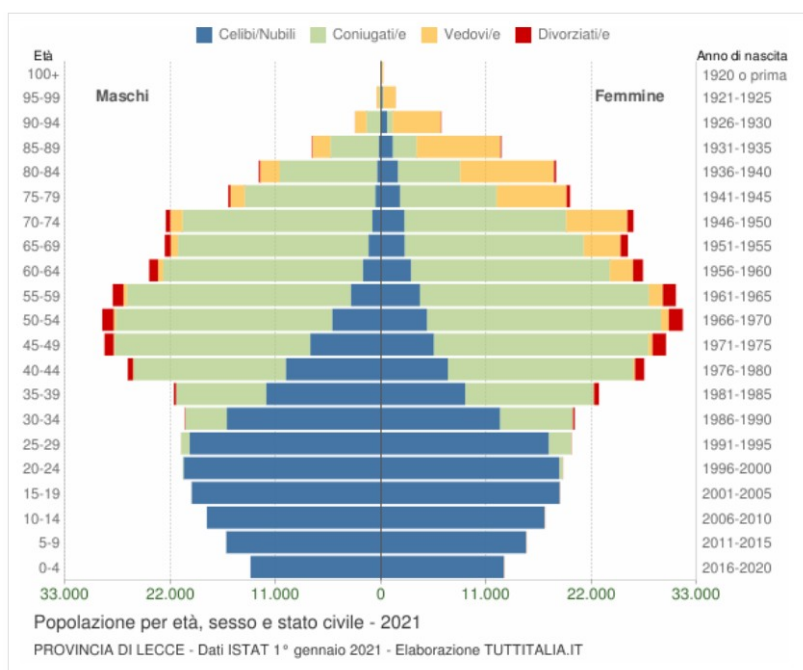
Il comparto "Commercio all'ingrosso e al dettaglio; riparazione di autoveicoli e motocicli" è quello che conta il maggior numero di imprese attive (circa 21.300), buona parte delle quali (il 27%) operanti nei comuni di Lecce (4.390), Nardò e Galatina (rispettivamente con 713 e 646 imprese). Segue la sezione "Costruzioni", nella quale risultano attive circa 9.400 imprese, di cui il 9% concentrato nel solo comune capoluogo. In ultimo da segnalare la minore consi-



stenza dei settori "Fornitura di acqua; reti fognarie, attività di gestione dei rifiuti e risanamento"(177 imprese) ed "Estrazione di minerali da cave e miniere" (49 imprese).

Il grafico in basso, detto Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Lecce per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2021. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione.

La popolazione è riportata per classi quinquennali di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.



In generale, la forma di questo tipo di grafico dipende dall'andamento demografico di una popolazione, con variazioni visibili in periodi di forte crescita demografica o di cali delle nascite per guerre o altri eventi.

4.9. Criminalità

L'attenzione sul contesto giudiziario e sul fronte delle indagini attivate dagli organi inquirenti, porta ad individuare diversi filoni che possono coinvolgere il settore sanitario e che vengono qui sinteticamente riepilogati al fine di evidenziare quali possono essere i rischi connessi alle attività dell'Azienda e che sono stati considerati nella fase di individuazione dei processi e della loro graduazione di rischiosità:



- preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio pre-clinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;
- traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;
- importazione, distribuzione e somministrazione ceppi virali e vaccini per uso veterinario a base di virus patogeni;
- falsi ricoveri;
- gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste stesse, nonché del previsto pagamento del ticket sanitario;
- frodi in commercio, in ordine alla vendita di prodotti contraffatti;
- commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;
- prescrizione inappropriata di integratori artificiali ai neonati;
- abbandono e sequestro persone incapaci in strutture assistenziali.

In relazione agli aspetti di criminalità che possono avere attinenza con il contesto di cui al presente Piano, anche la consultazione di documenti e rendiconti più strettamente collegati alla realtà locale mette in evidenza che alcuni fenomeni sono presenti anche nel nostro tessuto sociale.

L'incisiva azione di contrasto delle Forze di polizia e della Magistratura ha continuato a condizionare le storiche compagini criminali e mafiose operanti nel territorio leccese.

La fluidità delle formule organizzative delittuose riflette il particolare momento storico legato alle conseguenze della pandemia da Covid-19 tanto da configurare nell'intera area salentina un andamento mafioso che abbandonando i tratti predatori e militari, ha lasciato spazio a profili di impresa politico-criminale tendenti a ricoprire piena titolarità nei mercati.

I problemi di liquidità connessi con le difficoltà economiche delle imprese faciliterebbero un meccanismo di controllo del territorio da realizzarsi mediante forme di assistenzialismo economico alle persone in difficoltà da parte di clan sempre pronti a reimpiegare i capitali illeciti accumulati. Al contempo la ricerca di intrecci e complicità tra soggetti eterogenei per interessi, ruoli e competenze consentirebbero alle consorterie mafiose di insinuarsi in quell'area grigia del corpo sociale per permeare in maniera silente il tessuto economico e amministrativo (fonte Direzione Investigativa Antimafia Relazione I semestre 2021).

L'interazione della ASL di Lecce con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici 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 invalidità
- Aziende farmaceutiche e Sponsor

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

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

4.10. Emergenza Epidemiologica

L'emergenza sanitaria causa Covid-19 ha evidenziato criticità e debolezze nel prevedere scenari complessi aggravati dall'estensione della popolazione anziana, dalla crescita delle malattie croniche, dai cambiamenti a livello sociale che hanno reso più fragili le famiglie.

L'interazione con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consentono, di poter considerare come "medio/alto" il rischio corruttivo in particolare modo per le seguenti attività:

Ambito	Soggetti	Incidenza variabili esogene	Impatto	Probabilità	Rischio finale
Programmazione	Soggetti pubblici AReSS Agenas Ministero della Salute MEF	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio



	Università Enti di Ricerca Comunità scientifica Soggetti privati Associazioni di categoria				
Finanziamento	Soggetti pubblici Regione Ministero Salute Altri soggetti pubblici Soggetti privati Aziende Cittadini	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio
Produzione	Soggetti pubblici Aziende di Servizi alla Persona Soggetti privati Fornitori Dipendenti Sponsor	Territoriali, criminologiche, culturali, sociali ed economiche	Alto	Alta	Alto

4.11. 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.

Il PNA 2019 fornisce nuove ed aggiornate indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi; in particolare per quanto riguarda l'analisi dei rischi e la stima del livello di esposizione sarà indicato con un giudizio complessivo di tipo qualitativo, seppure sintetico.

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, privilegiando un'analisi di tipo qualitativo rispetto a una di tipo quantitativo.

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

Discrezionalità	
Processo con alta discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, ecc)	Alto
Processo parzialmente vincolato (presenza di leggi o di atti amministrativi):	Medio
Processo totalmente vincolato	Basso
Rilevanza esterna e valore economico	
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico alto	Alto
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico basso	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico alto	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico basso	Basso



Efficacia controlli	
Misure applicate ma da implementare	Alto
Misure applicate ma alcune da implementare	Medio
Misure correttamente applicate	Basso
Presenza di segnalazioni in realtà simili	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Basso
Presenza di segnalazioni	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi nell'azienda	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi nell'azienda	Basso

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

Nel triennio 2022-2024 seguirà il perfezionamento della rilevazione delle fasi e delle attività dei processi sensibili nelle seguenti aree di rischio:

- Contratti pubblici
- Attività libero professionale
- Rapporti contrattuali con privati accreditati
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Acquisizione del Personale
- Vigilanza, controlli ed ispezioni
- Assistenza protesica



- Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa
- Utilizzo beni aziendali
- Farmaceutica
- Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici
- Incarichi a soggetti esterni

4.11.1. 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.



4.12. 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.

4.13. 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 paragrafi 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 "Allegato E) - Priorità trattamento dei rischi" e "Allegato F) - Monitoraggio delle misure".

4.14. Codice di comportamento

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
--------	-------------------------	------------	--------------



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

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

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

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

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

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	<ul style="list-style-type: none"> - Direzione Generale - Direzione Area Personale - Responsabile della prevenzione della corruzione



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

Aree di rischio	Strutture aziendali
Affidamento di lavori, servizi e forniture	Area Gestione del Patrimonio Area Gestione Tecnica Direzioni Amministrative dei PP.OO.
Attività di vigilanza, controllo e ispezione	Dipartimento di Prevenzione Distretti Sociosanitari Servizio Sociosanitario Servizio Convenzioni Dipartimento di salute mentale Dipartimento di riabilitazione Dipartimento dipendenze patologiche
Reclutamento del personale, concorsi, mobilità, incarichi temporanei	Area gestione del Personale
Composizione delle commissioni per il riconoscimento delle invalidità	Dipartimento di prevenzione



E' stato adottato un regolamento aziendale all'interno del quale vengono 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. 1040 del 14/05/2018.

4.16. Astensione per conflitto di interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Gestione dei conflitti di interesse	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.

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 2021 l'Ufficio Anticorruzione ha ricevuto una segnalazione riguardante il conflitto di interessi da parte del personale dipendente aziendale.

Misure da attuare	Responsabile	Tempi	Indicatori
-------------------	--------------	-------	------------



Azioni di informazione sui contenuti del Codice di comportamento aziendale.	- Responsabile della prevenzione della corruzione; - Direttore Area Gestione del Personale	Decorrenza immediata all'adozione del Codice di Comportamento aziendale	N. e tipologia di azioni intraprese
Aggiornamento del Codice di comportamento secondo le linee guida ANAC	- Responsabile della prevenzione della corruzione; - UPD	Da attuare entro il 2022	Previsione di ulteriori norme di comportamento

4.17. Dichiarazione Pubblica di interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Dichiarazione pubblica di interessi	da attuare entro dicembre 2022	% dichiarazioni pubbliche sottoscritte rispetto al totale dei professionisti di area sanitaria ed amministrativa interessati	RPCT e Direzione 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), l'ASL di Lecce intende acquisire le "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas, entro dicembre 2022.

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 [Farmaceutica](#), 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 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 2021 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	RPCT e Referenti interni



		di gara e contratti	
--	--	---------------------	--

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 - Responsabile della prevenzione della corruzione	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

Durante il monitoraggio delle misure applicate per l'anno 2021 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 inconfiribilità ed incompatibilità	Monitoraggio continuo Previsione di verifiche a campione nel 2019	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 2021, 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, senza rilevare alcuna criticità.

Misure da attuare	Responsabile	Tempi	Indicatori
Trasmissione delle attestazioni di incompatibilità dei Dirigenti da pubblicare in Amministrazione	Dirigenza	annuale	Presenza attestazioni su AT (SI)

4.21. Formazione di Commissioni e assegnazione agli Uffici

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento interno per formazione Commissioni di gara e di concorso	da attuare entro dicembre 2022	Presenza/assenza di Regolamento	RPC – Direzione Generale – Area del Personale - Area gestione del patrimonio – Area gestione tecnica



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

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

Si segnalano i seguenti aspetti rilevanti:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale di primo grado);



- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui siano titolari di posizioni organizzative);
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

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

4.22. Commissioni per l'accertamento delle invalidità

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Indicazione puntuale dei requisiti di ammissione alle Commissioni mediche per l'accertamento delle invalidità, attraverso l'adozione di un Regolamento che ne disciplini anche il funzionamento	Misura in itinere	Presenza/assenza di Regolamento	RPCT -Direzio- ne 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 inconfiribilità, ai sensi del D. Lgs 39/2013 e ss.mm.ii e nel rispetto delle direttive ANAC;
- elencazione delle ipotesi di conflitto di interessi che escludano l'ammissione alla selezione;
- indicazione delle ipotesi di decadenza automatica dall'incarico;



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

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

Indicatore possibile ai fini del monitoraggio periodico annuale:

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

4.23. Tutela del Whistleblower

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

L'art. 1, comma 51, della legge 190/2012 ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del d.lgs. n. 165 del 2001 ess.mm.ii, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che



segnala illeciti", il c.d. *whistleblower*. Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

Il nuovo art. 54 bis prevede che

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

La disposizione pone tre norme:

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

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

L'ASL di Lecce, previa adozione di Regolamento interno sul Whistleblowing, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 810 del 30/01/2019 avente ad oggetto "Regolamento sul Whistleblowing - Procedura per le segnalazioni di illeciti ed irregolarità da parte dei dipen-



denti della Asl di Lecce”, ha provveduto all’implementazione di un sistema informatico centralizzato per la gestione delle segnalazioni degli illeciti a garanzia dell’anonimato del dipendente segnalante, nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla Legge n. 179/2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.

Nel corso dell’anno 2021 il RPCT non ha ricevuto alcuna segnalazione di illeciti attraverso il portale web dedicato al whistleblowing.

4.24. Formazione

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

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

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



un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;

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

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

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

4.25. Patti di Integrità

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

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

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



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

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	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 ma-



niera 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.

4.28. Monitoraggio dei rapporti con Soggetti esterni

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

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

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

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

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

Per dettagli si rinvia all'allegato “Allegato H) - Scheda Relazione RPCT_2021”

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.

Misure da attuare	Responsabile	Tempi	Indicatori
Aggiornamento e pubblicazione del MOG 231	- Amministratore Unico - Socio Unico (Direttore Generale) - Direttori delle Aree (Personale, Patrimonio e Risorse) coinvolte nel controllo analogo	Entro il 31 gennaio	Adozione modello di organizzazione e gestione

4.32. Gestore segnalazioni UIF

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Nomina gestore UIF e regolamentazione	Misura attuata	Presenza regolamento antiriciclaggio (SI)	RPCT
Programmazione triennale	2022	2023	2024
	Applicazione regolamento e monitoraggio segnalazioni	Applicazione regolamento e monitoraggio segnalazioni	Applicazione regolamento e monitoraggio segnalazioni

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. 252 del 07/04/2021.

4.33. Referente monitoraggio Opere Pubbliche

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022 - 2024		Pagina 92 di 136	Versione: 1.0 Ultima Revisione: 29/04/2022



Monitoraggio degli interventi mediante l'inserimento dei dati richiesti nel portale del MEF (BDAP)	attuata	% monitoraggi	Referente AGT
--	---------	---------------	---------------

Programmazione triennale	2022	2023	2024
	Monitoraggio interventi opere pubbliche	Monitoraggio interventi opere pubbliche	Monitoraggio interventi opere pubbliche

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

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

4.34. Sponsorizzazioni

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

Programmazione triennale	2022	2023	2024
	Intensificazione controlli (almeno 5 all'anno)	Intensificazione controlli (almeno 6 all'anno)	Intensificazione controlli (almeno 8 all'anno)

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 prevede di adottare, entro il 2022, uno specifico Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni in generale.

4.35. Attività conseguenti al decesso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Attività conseguenti al decesso	attuata	presenza elenchi per PP.OO.	RPCT - Direzioni PP.OO.

Programmazione triennale	2022	2023	2024
	Monitoraggio misura	Monitoraggio misura	Monitoraggio misura

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

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

4.36. Gestione ALPI e Liste di attesa

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

Programmazione triennale	2022	2023	2024
Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022 - 2024		Pagina 94 di 136	Versione: 1.0 Ultima Revisione: 29/04/2022



	Rafforzamento controlli interni	Rafforzamento controlli interni	Rafforzamento controlli interni

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

L'ASL di Lecce, nel corso dell'anno 2021, ha provveduto all'aggiornamento del Regolamento Aziendale per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria del personale dirigente dell'Area Sanità, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 84 del 31/01/2022.

4.37. Gestione attività di informazione scientifica

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamentazione attività di informazione scientifica	Da attuare entro dicembre 2022	Adozione Regolamento (SI)	Direzione Sanitaria – Dipartimento del Farmaco

Programmazione triennale	2022	2023	2024
	Adozione Regolamento	Monitoraggio	Monitoraggio

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

- Definire e applicare le misure necessarie ad assicurare che l'attività di informazione scientifica presso le articolazioni organizzative dell'ASL di Lecce, avvengano secondo principi di legalità, eticità, trasparenza e correttezza, nel rispetto delle regole stabilite dalla vigente normativa, nazionale e regionale in materia per favorire il miglioramento dell'assistenza fornita ai cittadini, dell'appropriatezza e dell'uso razionale del farmaco, dei dispositivi medici e di altri prodotti farmaceutici e sanitari;
- Assicurare la correttezza delle prescrizioni mediche in base alle procedure aziendali;



- Garantire l'imparzialità delle decisioni nell'ambito di procedure di gara per forniture di medicinali /dispositivi medici / altri prodotti sanitari e l'indipendenza del giudizio in merito alle prescrizioni di farmaci e/o all'utilizzo dei dispositivi medici, protesici, diagnostici, dietetici, vaccini, ecc;
- Garantire il rispetto del Codice di Comportamento aziendale e dei Codici Deontologici dei vari Ordini Professionali in merito all'informazione scientifica e al conflitto d'interessi.

4.38. 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".

4.39. Misura della Trasparenza

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



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

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

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

4.40. Aggiornamento del Piano

In considerazione della innovatività delle misure introdotte dal presente Piano e della complessità organizzativa dell'Azienda, fermo restando l'aggiornamento annuale previsto dalla legge, potranno essere adottate delle modifiche anche infra-annuali in conseguenza delle attività di monitoraggio ovvero dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- rilevanti modifiche nella organizzazione aziendale;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del Piano;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A..

L'aggiornamento segue la stessa procedura seguita per la prima adozione del Piano.

4.41. Le Responsabilità

La normativa prevede la responsabilità della predisposizione del piano anticorruzione e la vigilanza sul funzionamento e l'osservanza dello stesso. Tuttavia, tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività amministrativa e gestionale mantengono, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti. Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione contenute nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamen-



to); "la violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare" (art. 1, comma 14, l. n. 190). È esclusa la responsabilità del responsabile della prevenzione ove l'inadempimento degli obblighi summenzionati sia "dipeso da causa a lui non imputabile".

4.42. Attuazione del Regolamento UE 2016/679

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

4.43. Allegati

- Allegato D) - Analisi-Rischio-Misure PTPCT 22_24
- Allegato E) - Priorita_trattamento_rischio PTPCT 22_24
- Allegato F) - Monitoraggio-Misure PTPCT 22_24
- Allegato G) - Obblighi di trasparenza
- Allegato H) - Scheda Relazione RPCT_2021

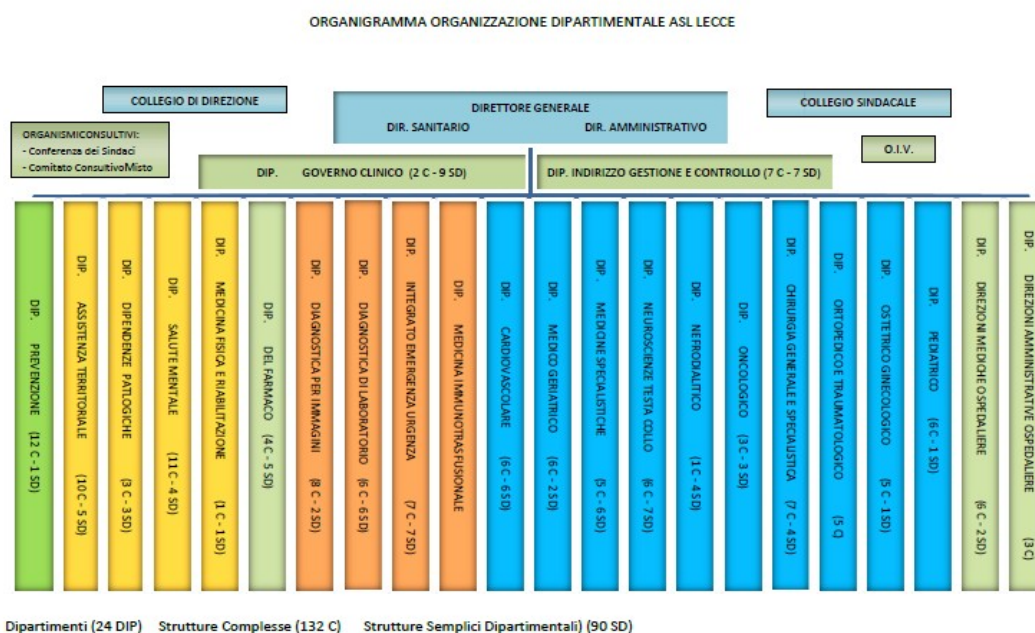


5. Organizzazione e Capitale Umano

5.1. Struttura Organizzativa

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

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



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



5.1.1. DIPARTIMENTO CARDIOVASCOLARE

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

5.1.2. DIPARTIMENTO MEDICO - GERIATRICO

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



Ospedale Copertino	Medicina Interna	
Ospedale Copertino		Geriatrics

5.1.3. DIPARTIMENTO MEDICINE SPECIALISTICHE

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

5.1.4. DIPARTIMENTO NEUROSCIENZE TESTA COLLO

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



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

5.1.5. DIPARTIMENTO NEFRODIALITICO

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

5.1.6. DIPARTIMENTO ONCOLOGICO

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



Ospedale Gallipoli	Oncologia	
Ospedale Scorrano		Oncologia con p.l. dedicati
Ospedale Casarano		Oncologia con p.l. dedicati

5.1.7. DIPARTIMENTO CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA

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

5.1.8. DIPARTIMENTO ORTOPEDICO E TRAUMATOLOGICO

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



Ospedale Casarano	Ortopedia Traumatologia	
Ospedale Copertino	Ortopedia Traumatologia	

5.1.9. DIPARTIMENTO OSTETRICO GINECOLOGICO

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

5.1.10. DIPARTIMENTO PEDIATRICO

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



5.1.11. DIPARTIMENTO INTEGRATO EMERGENZA URGENZA

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

5.1.12. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

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



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

5.1.13. DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

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

5.1.14. DIPARTIMENTO DEL FARMACO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale Lecce	Farmacia Ospedaliera	



Ospedale Gallipoli	Farmacia Ospedaliera	
Ospedale Scorrano	Farmacia Ospedaliera	
Ospedale Casarano		Farmacia Ospedaliera
Ospedale Copertino		Farmacia Ospedaliera
Ospedale Galatina		Farmacia Ospedaliera
Area Farmaceutica	Farmacia Territoriale	
Distretto S.S. Lecce		Farmacia Distrettuale Area Nord
Distretto S.S. Maglie		Farmacia Distrettuale Area Sud

5.1.15. DIPARTIMENTO MEDICINA IMMUNOTRASFUSIONALE

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

5.1.16. DIPARTIMENTO ASSISTENZA TERRITORIALE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Distretto S.S. Lecce	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Lecce		Hospice
Distretto S.S. Lecce		Ginecologia
Distretto S.S. Lecce		Cardiologia
Distretto S.S. Lecce		Diabetologia ed endocrinologia
Distretto S.S. Campi Salentina	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Nardò	Direzione Distretto	



Distretto S.S. Martano	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Galatina	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Maglie	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Poggiardo	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Gallipoli	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Casarano	Direzione Distretto	
Distretto S.S. Casarano		Home Care di Terzo livello Aziendali e Cure Domiciliari e Assistenza Inter-media
Distretto S.S. Gagliano del Capo	Direzione Distretto	

5.1.17. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

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



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

5.1.18. DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Dipartimento Salute Mentale	CSM Lecce	
Dipartimento Salute Mentale	CSM Campi Salentina	
Dipartimento Salute Mentale	CSM Nardò - Galatina	
Dipartimento Salute Mentale	CSM Calimera Maglie Poggiardo	
Dipartimento Salute Mentale	CSM Casarano – Gallipoli	
Dipartimento Salute Mentale	Neuropsichiatria Infantile	
Dipartimento Salute Mentale	Psicologia Clinica	
Dipartimento Salute Mentale		CSM Gagliano del Capo
Dipartimento Salute Mentale		Centro psicoterapia dell'infanzia e adolescenza (CEPSIA)
Dipartimento Salute Mentale		Centro Disturbi Alimentari (DCA)
Dipartimento Salute Mentale		Psichiatria penitenziaria e forense
Ospedale Lecce	SPDC	



Ospedale Scorrano	SPDC	
Ospedale Casarano	SPDC	
Ospedale Galatina	SPDC	

5.1.19. DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

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

5.1.20. DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Ospedale San Cesario	Medicina Fisica e Riabilitazione	
Ospedale San Cesario		Recupero e Riabilitazione
Ospedale Galatina		Recupero e Riabilitazione
Ospedale Lecce		Recupero e Riabilitazione Funzionale



Lecce	Struttura Sovradistrettuale della Riabilitazione	
Lecce		Foniatría e Riabilitazione Disturbi Comunicazione

5.1.21. DIPARTIMENTO GOVERNO CLINICO

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

5.1.22. DIPARTIMENTO INDIRIZZO GESTIONE E CONTROLLO

MACRO STRUTTURA	U.O.C.	U.O.S.D.
Direzione Aziendale	Area Socio – Sanitaria	
Direzione Aziendale	Controllo di Gestione	



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

5.1.23. DIPARTIMENTO DIREZIONI AMMINISTRATIVE OSPEDALIERE

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



5.1.24. DIPARTIMENTO DIREZIONI MEDICHE OSPEDALIERE

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



6. Organizzazione del Lavoro Agile

6.1. Premessa interpretativa

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

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

6.2. Premessa Organizzativa ed Operativa

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

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

L'interezza della documentazione predisposta in tal senso, anche in assenza di un elenco di attività "smartabili", deve essere interpretata ed applicata come la migliore – ad oggi – delle possibili implementazioni aziendali del Lavoro Agile.

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 modifica-



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

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

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



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 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 raggiungibilità telefonica nelle medesime fasce di orario di servizio che il dipendente già in precedenza rispettava nell'espletamento dell'attività "in presenza". Durante dette fasce, il dipendente sarà tenuto a rispondere all'Azienda con immediatezza. In particolare, laddove il dipendente sia in possesso di cellulare aziendale, dovrà essere attivata la deviazione di chiamata dal numero fisso della postazione di lavoro al cellulare medesimo.

L'attività del dipendente in lavoro agile, in sede di prima applicazione del presente regolamento, sarà monitorata, in ingresso ed in uscita dall'attività, attraverso l'invio di un sms al numero di cellulare aziendale del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza ovvero di un suo incaricato, salvo ulteriori modalità che il Dirigente preposto potrà valutare, in accordo con il dipendente successivamente alla



data di autorizzazione, per l'utilizzo di sistemi di comunicazione ritenuti più efficaci per attestare/monitorare la prestazione lavorativa.

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

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

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

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

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

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

N.B.: Tutte le istanze, in solo formato digitale (pdf), autorizzate da parte del Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura (ovvero dal diretto responsabile sovra ordinato gerarchicamente o dal coordinatore/responsabile organizzativo formalmente individuato - in presenza di una richiesta di accesso alla modalità lavoro agile da parte del Direttore/Dirigente Responsabile di struttura -) devono essere immediatamente inviate, attraverso la casella PEC a disposizione della struttura medesima, rispettivamente all'Area Gestione del Personale



e ad Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy, al fine di rendere possibili, per le stesse, le attività indicate al punto 6.11, agli indirizzi PEC di seguito riportati:

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

Le istanze dovranno essere autorizzate attraverso la apposizione della firma digitale all'inter-no del file pdf (PADES) o con apposizione della firma in formato p7m.

6.13. CCNL e Normativa Vigente

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

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

6.14. Dotazione Tecnologica del Dipendente

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

Di conseguenza:

- A. Il dipendente espleta l'attività lavorativa avvalendosi degli strumenti di dotazione tecnologica già in proprio possesso. Egli potrà collegarsi alla rete aziendale utilizzando notebook, personal computer, tablet, smartphone o quant'altro ritenuto opportuno e congruo dalla struttura Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy per l'esercizio dell'attività lavorativa.
- B. Per il collegamento alla rete aziendale verrà messa a disposizione una VPN (Virtual Private Network) con credenziali di accesso a doppio fattore di autenticazione rilasciate dalla U.O.S.D. Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy: tale connessione renderà possibile l'utilizzo di tutti gli applicativi aziendali/regionali (Docusan, DocusanAtti, MOSS, Edotto, etc.) di cui è riportato specifico elenco alla voce di menu "Lavoro



Agile” del portale Intranet raggiungibile all’indirizzo <https://intranet.asl.lecce.it>: la fruizione di tali applicativi è vincolata alla presenza di una VPN autorizzata ed attiva.

- C. In presenza della necessità di fruire di dati/informazioni memorizzati sulla postazione utilizzata dal dipendente, il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza, valutate le modalità di minore impatto organizzativo, consentirà l’accesso temporaneo agli uffici al dipendente al fine di consentire il reperimento della documentazione necessaria allo svolgimento delle attività: per motivi di sicurezza logica è assolutamente vietato l’accesso da remoto alla postazione di lavoro del dipendente.
- D. Le spese connesse all’espletamento dell’attività lavorativa presso la propria residenza/domicilio/dimora, riguardanti i consumi elettrici, le spese di manutenzione e gestione dei dispositivi, ecc. sono a totale carico del dipendente.

6.15. Indicatori di Performance Individuale

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

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

6.16. Indicatori Generali

E’ necessario stabilire una serie di indicatori, implementati a livello aziendale, che rendano possibile una valutazione dell’impatto generato rispetto alle ricadute organizzative, alle sti-



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



6.17. **Sospensione/Termine**

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

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

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

6.19. **Trattamento Giuridico ed Economico**

1. I dipendenti che svolgono la prestazione in modalità di lavoro agile hanno diritto ad un trattamento economico e normativo non inferiore a quello complessivamente applicato, in attuazione dei contratti collettivi di cui all'art. 51 del decreto legislativo 15



giugno 2015, n. 81, nei confronti dei lavoratori che svolgono le medesime mansioni esclusivamente all'interno dell'azienda.

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

6.20. **Condotte Sanzionabili**

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

6.21. **Vincoli e Prescrizioni**

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

6.22. **Privacy**

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



2. Il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza deterrà temporaneamente – sino ad esaurimento del processo amministrativo – copia della richiesta di accesso alla modalità in lavoro agile effettuata dal dipendente, per poi 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 dei Fabbisogni del Personale

7.1. PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022-2024

7.1.1. PREMESSA

Con DGR 440 del 28/03/2022 la Regione Puglia ha approvato il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2020-2022 redatto dalla Asl Lecce nel rispetto delle linee guida regionali e dei vincoli finanziari stabiliti dalla medesima Regione.

Il fabbisogno triennale, sviluppato sulla base dell'attuale assetto organizzativo, prevede una consistenza complessiva di 8.450 unità con i profili contrattuali riportati nella tabella che segue, dove è indicata anche la consistenza dell'organico in servizio alla data del 31/12/2021.

7.1.2. FABBISOGNI

PROFILO	FABBISOGNO 2020-2022	PRESENTI AL 31/12/2021
Dirigente Medico	1.462	1.375
Dirigente Veterinario	53	44
Dirigente Sanitario Non Medico	238	210
Dirigente Amministrativo	29	17
Dirigente Professionale	12	7
Dirigente Tecnico	11	7
Comparto Sanitario	4.228	4.577
Comparto Professionale	5	6
Comparto Tecnico	1.621	1.675
Comparto Amministrativo	791	516
TOTALE	8.450	8.434



Le unità di personale presenti al 31/12/2021 comprendono anche il personale assunto per l'emergenza Covid-19 non inserito nel fabbisogno triennale.

Nel corso dell'anno 2021 la Regione Puglia con la DGR 2074 del 6/12/2021 ha previsto la costituzione di nuove aziende sanitarie aventi personalità giuridica di diritto pubblico, dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, tecnica, patrimoniale, contabile e di gestione tra cui l'Azienda Ospedaliera Vito Fazzi che risulterà dallo scorporo del PO Vito Fazzi di Lecce dalla Asl Lecce, con la specifica missione di rafforzare l'assistenza ospedaliera sul territorio di competenza.

Per la costituenda azienda è stato individuato un commissario che dovrà elaborare un progetto di costituzione della nuova azienda ed il trasferimento delle funzioni e di scorporo indicando, tra l'altro, gli elementi patrimoniali, ivi compresi gli immobili, il personale da trasferire alla costituenda azienda e il subentro nei contratti in corso.

Tale evento impatta notevolmente sui futuri fabbisogni di personale per entrambe le aziende (Asl Lecce ed AO Fazzi) che saranno definite a seguito dello scorporo. Pertanto a partire dall'esercizio 2023 si procederà alla definizione di specifici e distinti piani triennali del fabbisogno del personale.

L'anno 2022 sarà caratterizzato dalle operazioni funzionali allo scorporo sia in termini di programmazione delle attività e conseguente utilizzo delle risorse umane sia in termini di reclutamento del personale che di mobilità volontaria tra le due aziende.

7.2. Formazione del Personale

La programmazione della Formazione del personale all'interno della ASL di Lecce si sviluppa per piani aziendali formativi triennali coincidenti con i periodi fissati dalla Commissione Nazionale ECM. Il 2022 conclude il triennio 2020-2022 per il quale l'ASL di Lecce ha approvato, con deliberazione del Direttore Generale N. 285 del 12/04/2021, il relativo Piano Formativo.

Nello stesso periodo all'interno dell'Azienda è stato anche avviato il processo per riorganizzare l'attività Istituzionale, sia Sanitaria, sia Amministrativo-Gestionale, attraverso la strutturazione in Dipartimenti. In particolare, con la deliberazione N. 937 del 12/11/2021 sono stati definiti quattro Dipartimenti Strutturali e ventiquattro Funzionali che dovranno essere supportati con attività formative a rimodulare l'attività delle singole UOC/UOSD e permettere che le prestazioni eseguite contribuiscano in maniera omogenea al raggiungimento degli obiettivi Aziendali. La prima attività formativa in questo ambito è stata già realizzata con un corso sulla gestione budget destinato ai Direttori dei Dipartimenti nei mesi di Ottobre/Novembre 2021.

Pertanto, anche il Piano Formativo Aziendale 2023-2025 avrà tra i suoi obiettivi strategici quello di favorire l'Organizzazione Dipartimentale, facendo in modo che tutti i corsi di For-



mazione possano essere realizzati solo se proposti dai relativi Dipartimenti e coinvolgano il personale che svolge funzioni in analoghe aree prestazionali. La rilevazione dei bisogni formativi per l'adozione del predetto Piano Formativo Aziendale 2023-2025 sarà avviata a Settembre 2022.

Tra le attività formative programmate nel 2022 rientrano in particolare:

Area Sanitaria:

- 1) Corsi per permettere al personale che opera presso il nuovo complesso del Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di saper utilizzare le nuove dotazioni strumentali ad alta tecnologia presenti nelle sale operatorie e nei reparti di degenza
- 2) Corsi per rendere omogenei su tutto il territorio dell'ASL i Percorsi Diagnostici Terapeutici specifici per le diverse patologie, integrandoli all'interno dell'attività assicurata dai Dipartimenti

Area Amministrativa, Tecnica e Professionale:

- 1) Corsi finalizzati all'apprendimento delle nuove procedure legate alla piattaforma MOSS (contabilità, bilancio, inventari)
- 2) Corsi finalizzati a trasmettere al personale interessato le competenze di base in tema di Appalti che permettano di realizzare, in prospettiva, la turnazione del personale addetto ai diversi settori; obiettivo formativo concordato anche con il Responsabile dell'Anticorruzione Aziendale.
- 3) Anche nel corrente anno è stato diffuso l'Avviso per permettere ai dipendenti di utilizzare i permessi per il diritto allo studio spettanti al personale del Comparto per accedere a percorsi d'istruzione (Master e Lauree)
- 4) Relativamente alla promozione delle competenze digitali all'interno dell'Azienda, l'Ufficio Formazione ha aderito a Febbraio 2022, all'iniziativa Syllabus promossa dal Dipartimento della Funzione Pubblica. In particolare, è stato chiesto che a questo progetto possano aderire i dipendenti della ASL nell'intento di favorire la riqualificazione e il potenziamento delle competenze possedute nel settore dell'informatica a supporto di tutti i processi amministrativi Aziendali.



8. 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..



9. 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) - Piano Performance 2022 - Indicatori Sant'Anna

Allegato B) - Scheda proposta obiettivi operativi - Piano performance anno 2022_2

Allegato C) - ISTANZA DI ACCESSO PER LA MODALITA' IN LAVORO AGILE

Allegato D) - Analisi-Rischio-Misure PTPCT 22_24

Allegato E) - Priorita_trattamento_rischio PTPCT 22_24

Allegato F) - Monitoraggio-Misure PTPCT 22_24

Allegato G) - Obblighi di trasparenza

Allegato H) - Scheda Relazione RPCT_2021