



ASL Lecce

PugliaSalute

**Piano Integrato
di Attività e Organizzazione**

PIAO 2025 - 2027

Art. 6 del decreto
legge n. 80/2021
convertito
in legge 6 agosto
2021, n. 113
D.P.R. n. 81/2022
D.M. 30 giugno 2022,
n. 132.



EMISSIONE DEL DOCUMENTO

REGISTRO DELLE VERSIONI

N° Ver/Rev/Bozza	Data emissione	Modifiche apportate	Osservazioni
V. 1.0	mercoledì 29 gennaio 2025		



1. Sommario

1. Sommario.....	2
2. Scheda Anagrafica della Azienda Sanitaria Locale di Lecce.....	7
2.1. Premessa.....	7
2.1.1. Chi Siamo.....	7
2.1.2. Cosa Facciamo.....	8
2.1.3. Come operiamo.....	10
2.1.4. Amministrazione “in cifre”.....	12
3. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione.....	15
3.1. Valore Pubblico.....	15
3.1.1. Mandato istituzionale e Missione.....	15
3.1.2. Accessibilità Digitale/Procedure da semplificare e re-ingegnerizzare.....	16
3.1.3. Servizio di facilitazione Digitale.....	19
3.2. Piano delle Performance.....	20
3.2.1. Analisi del contesto Esterno.....	20
3.2.2. Contesto geo-demografico e Socio Sanitario.....	22
Tempi Di Attesa.....	40
Condizioni socio-economiche prima e dopo la pandemia.....	46
Osservazioni epidemiologiche.....	46
Andamenti temporali.....	49
Età alla diagnosi.....	52
Rapporto maschi: femmine.....	54
Screening.....	55
3.2.3. Il contesto interno – Gli Organi Aziendali.....	57
3.2.4. Il contesto interno – La Direzione Strategica.....	59
3.2.5. Il contesto interno – L’Articolazione Organizzativa.....	59
3.3. Obiettivi Strategici.....	62
3.4. Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi.....	75
3.4.1. Obiettivi operativi comuni a tutte le Strutture.....	75
3.4.2. Obiettivi Operativi per la Prevenzione.....	76
Dipartimento di Prevenzione.....	76
Potenziamento delle Attività di Screening per le Principali Neoplasie.....	77
3.4.3. Obiettivi per l’Assistenza Territoriale.....	77
Distretti Socio-Sanitari.....	78
Case della Comunità.....	82
Centrali Operative Territoriali COT.....	83
Ospedali di comunità.....	84
Rete delle Cure Palliative.....	86
Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie.....	88
Telemedicina.....	91
Televisita.....	93



Teleconsulto medico.....	93
Standard di servizio per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.....	94
Dipartimento di Salute Mentale.....	97
Centri di Salute Mentale.....	98
Unità Operativa Complessa di Neuro Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA).....	98
Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura.....	98
Dipartimento Dipendenze Patologiche.....	99
Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione.....	101
3.4.4. Obiettivi Operativi per l'Assistenza Ospedaliera.....	102
3.4.5. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture del Dipartimento di medicina ImmunoTrasfusione.....	105
3.4.6. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture del Dipartimento del Farmaco.....	105
3.4.7. Obiettivi Operativi Assegnati alla Rete dell'Emergenza Urgenza 118.....	106
3.4.8. Obiettivi Operativi Assegnati alle Strutture tecnico – amministrative.....	107
3.4.9. Obiettivi operativi assegnati agli Uffici di Staff.....	108
3.4.10. Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance.....	109
3.4.11. Misurazione e Valutazione della Performance Individuale.....	109
3.4.12. La Valutazione Partecipativa.....	110
Comitato Consultivo Misto (C.C.M.).....	113
Comitato Unico di Garanzia (C.U.G). Piano di azioni positive.....	115
La rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi.....	116
La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero.....	117
Performance Organizzativa e promozione del Benessere dei lavoratori.....	119
3.5. Il processo seguito e le azioni di miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	121
3.5.1. Fasi, soggetti e tempi del processo di redazione del Piano.....	121
3.5.2. Coerenza con la programmazione economico-finanziaria e di bilancio.....	121
3.5.3. Azioni per il miglioramento del Ciclo di gestione delle performance.....	121
4. Rischi Corruttivi e Trasparenza.....	122
4.1. Premessa.....	122
4.2. Processo di adozione del Piano.....	123
4.3. Obiettivi strategici.....	123
4.4. Coordinamento con gli Altri Strumenti di Programmazione.....	124
4.5. Soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione.....	124
4.5.1. Direttore Generale.....	124
4.5.2. Responsabile della prevenzione.....	125
4.5.3. Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza.....	125
4.5.4. Dirigenti per l'area di rispettiva competenza.....	126
4.5.5. Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).....	126
4.5.6. Ufficio Procedimenti Disciplinari - U.P.D.....	127
4.5.7. Dipendenti dell'amministrazione.....	127
4.5.8. Collaboratori e consulenti, a qualsiasi titolo (anche gratuito), dell'amministrazione.....	127
4.5.9. Network Regionale degli RPCT.....	127
4.5.10. Gruppo di Lavoro PIAO.....	128



4.6. Modello Organizzativo.....	128
4.7. Valutazione impatto del Contesto interno.....	128
4.7.1. Acquisizione e progressione del personale.....	128
4.7.2. Affidamento di lavori, servizi e forniture.....	128
4.7.3. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.....	129
4.7.4. Provvedimenti Ampliativi della Sfera Giuridica dei Destinatari con Effetto Economico Diretto ed Immediato per il Destinatario.....	129
4.8. Valutazione impatto del Contesto esterno.....	130
4.8.1. Caratteristiche socio-demografiche.....	131
4.9. Criminalità.....	131
4.10. Analisi del Rischio.....	135
4.11. Ponderazione del Rischio.....	136
4.12. Misure di Prevenzione.....	138
4.13. Monitoraggio e Riesame.....	138
4.14. Codici di Comportamento.....	139
4.15. Rotazione del Personale.....	140
4.16. Astensione per conflitto di interessi.....	143
4.17. Prescrizioni medici specialisti / medici di base / pediatri di libera scelta.....	147
4.18. Incarichi extra-istituzionali.....	148
4.19. Pantouflage.....	150
4.20. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.....	152
4.21. Formazione di Commissioni e assegnazione agli Uffici.....	153
4.22. Commissioni per l'accertamento delle invalidità.....	156
4.23. Tutela del Whistleblower.....	157
4.24. Formazione.....	158
4.25. Patti di Integrità.....	160
4.26. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.....	160
4.27. Monitoraggio dei tempi procedurali.....	161
4.28. Monitoraggio dei rapporti con Soggetti esterni.....	162
4.29. Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del Piano.....	163
4.30. Responsabile R.A.S.A.....	163
4.31. Società partecipate.....	163
4.32. Gestore segnalazioni UIF.....	165
4.33. Referente Monitoraggio Opere Pubbliche.....	165
4.34. Sponsorizzazioni.....	166
4.35. Attività conseguenti al decesso.....	167
4.36. Donazioni e Comodati d'Uso.....	168
4.37. Gestione ALPI e Liste di attesa.....	168
4.38. Affidamento di forniture di beni e servizi sotto soglia.....	170
4.39. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).....	171



4.40. Trasparenza Amministrativa..... 172

4.41. Attuazione del Regolamento UE 2016/679..... 174

4.42. Allegati..... 174

5. Organizzazione e Capitale Umano..... 175

5.1. Struttura Organizzativa..... 175

6. Organizzazione del Lavoro Agile..... 176

6.1. Premessa interpretativa..... 176

6.2. Premessa Organizzativa ed Operativa..... 176

6.3. Normativa e Regolamentazione di riferimento..... 176

6.4. Ambito Soggettivo di Applicazione..... 179

6.5. Ambito Oggettivo di Applicazione..... 179

6.6. Obiettivi del Lavoro Agile..... 179

6.7. Definizioni..... 180

6.8. Oggetto e Durata..... 181

6.9. Destinatari e Requisiti di Accesso..... 181

6.10. Attività Effettuabili in Modalità Lavoro Agile..... 183

6.11. Attori Coinvolti nella Conduzione dell’Organizzazione del Lavoro Agile..... 183

6.11.1. Area Gestione del Personale..... 183

6.11.2. Comitato Unico di Garanzia - CUG - 183

6.11.3. Organizzazioni Sindacali..... 184

6.11.4. Dirigente/Responsabile di Struttura..... 184

6.11.5. Amministrazione Digitale Sicurezza e Privacy..... 184

6.11.6. Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale (S.P.P.A.)..... 185

6.11.7. Responsabile Protezione Dati (D.P.O.)..... 185

6.11.8. Controllo di Gestione..... 185

6.11.9. Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)..... 185

6.12. Procedura di attivazione e Modalità di Effettuazione dell’Attività in modalità “Lavoro Agile” 185

6.13. CCNL e Normativa Vigente..... 187

6.14. Dotazione Tecnologica del Dipendente..... 188

6.15. Indicatori di Performance Individuale..... 188

6.16. Indicatori Generali..... 189

6.17. Sospensione/Termine..... 190

6.18. Comunicazione delle Giornate di Attività in Lavoro Agile..... 191

6.19. Trattamento Giuridico ed Economico..... 191

6.20. Condotte Sanzionabili..... 192

6.21. Vincoli e Prescrizioni..... 192

6.22. Privacy..... 192

6.23. Sicurezza sul Lavoro..... 193

6.24. Documentazione..... 193

6.25. Decorrenza..... 193



7. Piano delle Azioni Positive.....	194
7.1. Premessa.....	194
7.2. Obiettivi Generali.....	195
7.3. Piano Operativo.....	195
7.3.1. Sperimentazione e avvio di un sistema di certificazione della parità di genere.....	195
7.3.2. Analisi aziendale in ottica di genere.....	195
7.3.3. Comunicazione/ Promuovere la cultura di genere attraverso il miglioramento della comunicazione e della diffusione delle informazioni sui temi delle pari opportunità.....	196
7.3.4. Formazione.....	197
7.3.5. Nucleo di ascolto CUG: Orientamento e gestione delle segnalazioni.....	198
7.3.6. Integrazione del dipendente con disabilità.....	198
7.3.7. Age Management.....	200
7.3.8. Favorire il reinserimento lavorativo del personale che rientra dal congedo per maternità/ paternità o da assenza prolungata.....	202
7.3.9. Conciliazione dei tempi di vita – lavoro.....	203
7.3.10. Medicina di Genere.....	204
7.3.11. Contrasto alla violenza di genere, diffusione della cultura del rispetto, contrasto ad ogni forma di discriminazione morale e psicologica.....	205
7.3.12. Attività consultiva del CUG.....	206
7.3.13. Performance e Pari opportunità.....	206
7.3.14. No Woman no Panel.....	207
7.3.15. Organizzazione del Lavoro agile (POLA).....	207
7.3.16. Promozione di attività e coordinamento tra i CUG delle ASL e tra i CUG di diversi soggetti pubblici e non.....	208
8. Efficiamento.....	210
8.1. Premessa.....	210
8.2. Efficiamento Energetico.....	210
8.3. Piano della Mobilità.....	211
9. Piano dei Fabbisogni del Personale.....	212
9.1. Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024-2026.....	212
9.2. Formazione del Personale.....	212
10. Monitoraggio.....	214
11. Allegati.....	215



2. Scheda Anagrafica della Azienda Sanitaria Locale di Lecce

2.1. Premessa

2.1.1. CHI SIAMO

L'Azienda Sanitaria Locale di Lecce (di seguito ASL LE) è un'azienda dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi del D. Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii.. La ASL LE è stata istituita con L.R. n. 39 del 28 dicembre 2006 quale Azienda Sanitaria Locale della provincia di Lecce in cui sono confluite per fusione, in attuazione del Regolamento Regionale n. 9 del 30 marzo 2007, le pre-esistenti Aziende USL LE/1 con sede a Lecce e USL LE/2 con sede a Maglie.

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>.

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti dal libro degli inventari. L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del II comma, art. 5 D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni mobili ed immobili, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali, costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

L'Azienda ha come territorio di competenza la provincia di Lecce che è inclusa totalmente nella regione geografica del Salento ed è la più orientale d'Italia con una popolazione residente al 01.01.2024 di 767.231 abitanti (fonte ISTAT), cui vanno aggiunte le migliaia di presenze esterne determinate dai flussi turistici nei periodi estivi, distribuiti in 96 comuni e 2.799,07 kmq di superficie che si presenta sostanzialmente pianeggiante.

L'Azienda è articolata in dieci distretti 10 Distretti Socio Sanitari, secondo la rappresentazione tabellare di seguito riportata, con una densità che di popolazione che, nella maggior parte dei casi (54 comuni in tutto) è compresa tra 200 e 500 ab./kmq, mentre nei restanti comuni la densità demografica si attesta su livelli particolarmente bassi, non raggiungendo i 200 ab./kmq.



DISTRETTI SOCIO SANITARI	COMUNI AFFERENTI
DSS 1 - LECCE	ARNESANO - CAVALLINO - LECCE - LEQUILE - LIZZANELLO - MONTERONI - SAN CESARIO - SAN DONATO - SAN PIETRO IN LAMA - SURBO
DSS 2 - CAMPI SALENTINA	CAMPI SALENTINA - CARMIANO - GUAGNANO - NOVOLI - SALICE SALENTINO - SQUINZANO - TREPUZZI - VEGLIE
DSS 3 - NARDO'	COPERTINO - GALATONE - LEVERANO - NARDO' - PORTO CESAREO - SECLI'
DSS 4 - MARTANO	CALIMERA - CAPRARICA - CARPIGNANO SALENTINO - CASTRI' DI LECCE- MARTANO - MARTIGNANO - MELENDUGNO - STERNATIA - VERNOLE - ZOLLINO
DSS 5 - GALATINA	ARADEO - CUTROFIANO - GALATINA - NEVIANO - SOGLIANO CAVOUR - SOLETO
DSS 6 - MAGLIE	BAGNOLO DEL SALENTO - CANNOLE - CASTRIGNANO DE' GRECI - CORIGLIANO D'OTRANTO - CURSI - GIURDIGNANO - MAGLIE - MELPIGNANO - MURO LECCESE - OTRANTO - PALMARIGGI - SCORRANO
DSS 7 - POGGIARDO	ANDRANO - BOTRUGNO - CASTRO - DISO - GIUGGIANELLO - MINERVINO - NOCIGLIA - ORTELLE - POGGIARDO - SAN CASSIANO - SANARICA - SANTA CESAREA TERME - SPONGANO - SURANO - UGGIANO LA CHIESA
DSS 8 - GALLIPOLI	ALEZIO - ALLISTE - GALLIPOLI - MELISSANO - RACALE - SANNICOLA - TAVIANO - TUGLIE
DSS 9 - CASARANO	CASARANO - COLLEPASSO - MATINO - PARABITA - RUFFANO - SUPERSANO - TAURISANO
DSS 10 - GAGLIANO DEL CAPO	ACQUARICA DEL CAPO - ALESSANO - CASTRIGNANO DEL CAPO - CORSANO - GAGLIANO DEL CAPO - MIGGIANO - MONTESANO SALENTINO - MORCIANO DI LEUCA - PATU' - PRESICCE - SALVE - SPECCHIA - TIGGIANO - TRICASE - UGENTO

2.1.2. COSA FACCIAMO

L'ASL di Lecce svolge le funzioni ad essa assegnate dalla legge come Ente del Servizio Sanitario Regionale, perseguendo la promozione e la tutela della salute dell'individuo e della collettività. L'Azienda ha la *mission* di proteggere, promuovere e tutelare la salute dei cittadini agendo sulle comunità locali per ridurre i fattori di rischio ed i comportamenti dannosi e curare le persone ammalate attraverso l'erogazione delle attività e dei servizi sanitari e sociosanitari, gratuitamente o mediante compartecipazione (*ticket*), previsti 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 Livelli Essenziali di Assistenza vengono assicurati garantendo agli operatori un ambiente lavorativo in cui sono ridotti al minimo i rischi e sono valorizzati l'impegno e le competenze, anche mediante congrui percorsi formativi. La *vision* aziendale persegue l'eccellenza clinica ed assistenziale, la centralità dell'utente durante la definizione e nell'attuazione di percorsi e protocolli assistenziali, la partecipazione dei cittadini alle fasi di programmazione delle attività e di valutazione dei servizi erogati, la partecipazione e lo sviluppo delle risorse umane favorendo il confronto interdisciplinare e interprofessionale, lo sviluppo dell'innovazione e la diffusione della cultura del cambiamento, la revisione sistematica della qualità dei servizi, l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera ed l'assistenza territoriale.

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 (forma di assistenza erogata dal Medico di Base (Medico di Medicina Generale – MMG) o dal Pediatra di Base (Pediatra di libera scelta – PLS). Il cittadino può liberamente scegliere il MMG o il PLS da una lista di medici disponibile presso gli sportelli delle sedi distrettuali dell'ASL e sul sito Internet aziendale);
- B) emergenza sanitaria territoriale (il servizio di emergenza sanitaria territoriale 118, istituito con il D.P.R. 27 marzo 1992, è in grado di garantire, in caso di emergenza /urgenza sanitaria, l'invio tempestivo di un mezzo di soccorso sanitario per un eventuale trasporto al Pronto Soccorso);
- C) assistenza farmaceutica (assicurata mediante le Farmacie convenzionate, le Farmacie Territoriali e Ospedaliere che dispensano i farmaci prescritti dai MMG, dai PLS, dai Medici Specialisti Ambulatoriali e Ospedaliere);
- D) assistenza integrativa (assicurata mediante l'erogazione dei dispositivi medici monouso, di presidi per persone affette da malattia diabetica e da malattie rare, di prodotti dietetici);
- E) assistenza specialistica ambulatoriale (erogata tramite strutture convenzionate e a gestione diretta sia da specialisti che operano nelle sedi distrettuali sia da specialisti in ambito ospedaliero);
- F) assistenza protesica (garantita mediante la fornitura di protesi, ortesi e ausili tecnologici nell'ambito di un piano riabilitativo-assistenziale individuale mirato alla prevenzione, alla correzione o alla compensazione di menomazioni o disabilità funzionali conseguenti a patologie o lesioni, al potenziamento delle abilità residue nonché alla promozione dell'autonomia dell'assistito ai sensi dell'art. 17 D.P.C.M. 12 gennaio 2017);
- G) assistenza termale (garantita ai soggetti affetti dalle patologie indicate nell'allegato 9 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che possono trovare reale be-



neficio da tali prestazioni. L'erogazione è garantita nel limite di un ciclo annuo di prestazioni, fatta eccezione per gli invalidi di guerra e di servizio, dei ciechi, dei sordi e degli invalidi civili, che possono usufruire di un secondo ciclo annuo per il trattamento della patologia invalidante);

- H) assistenza sociosanitaria domiciliare e territoriale (garantita alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita);
- I) assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale (assicurata mediante una rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani, disabili fisici, psichici e malati terminali non autosufficienti con diversa compromissione dell'autonomia personale, nonché strutture semiresidenziali che erogano prestazioni a ciclo diurno).

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

- A) pronto soccorso;
- B) ricovero ordinario per acuti;
- C) *day surgery*;
- D) *day hospital*;
- E) riabilitazione e lungodegenza post acuzie;
- F) attività trasfusionali;
- G) attività di trapianto di cellule, organi e tessuti;
- H) centri antiveneni (CAV).

2.1.3. COME OPERIAMO

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



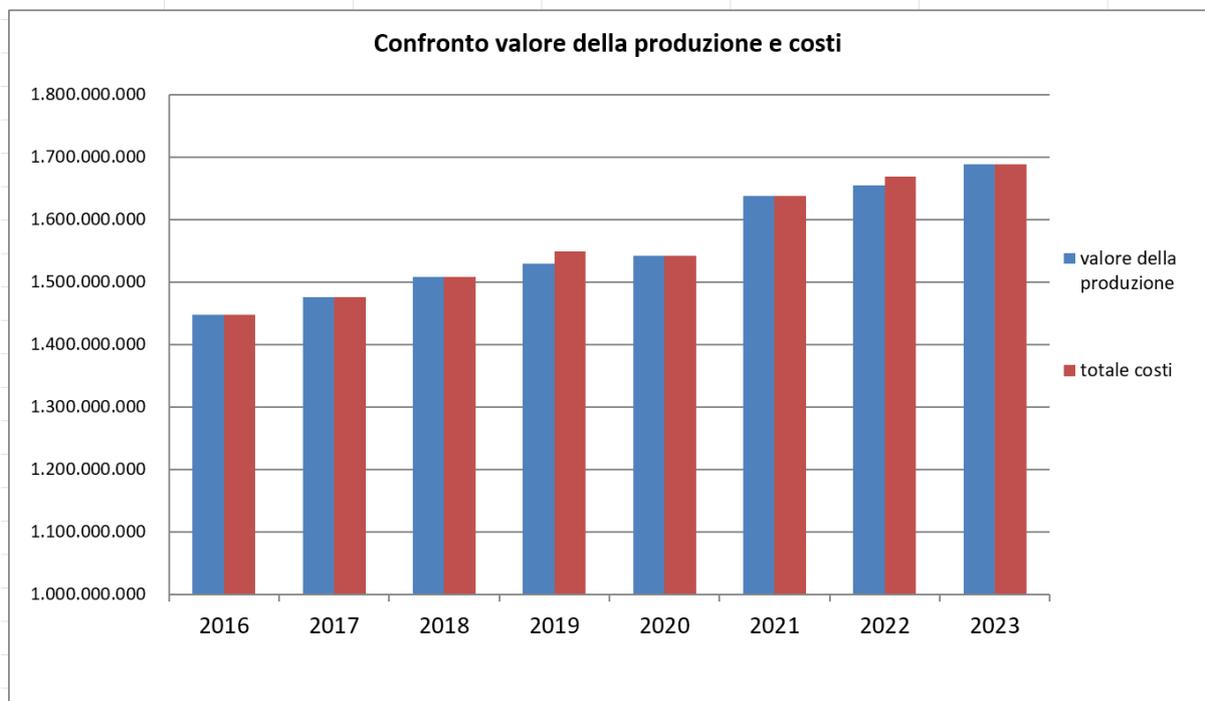
- EGUAGLIANZA: ogni utente ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione ed opinioni politiche;
- PARTECIPAZIONE: l'Azienda nel riconoscere la centralità del Cittadino, ne garantisce la partecipazione tramite le associazioni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



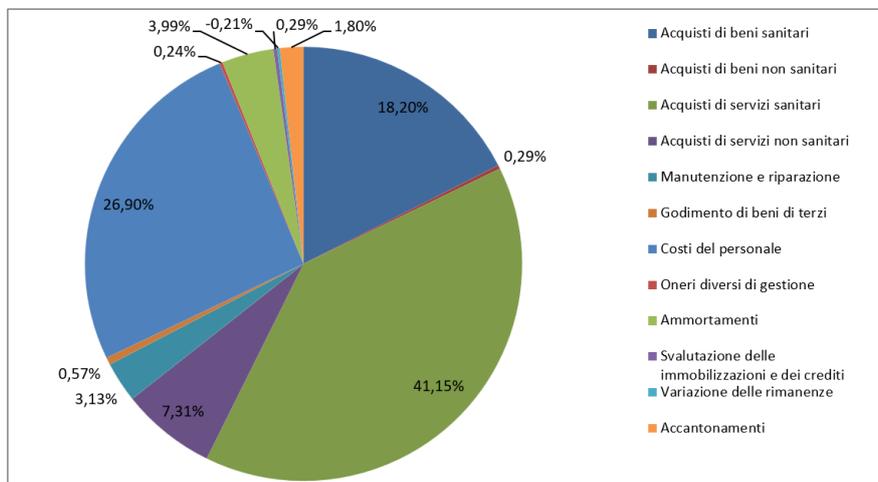
2.1.4. AMMINISTRAZIONE "IN CIFRE"

Quadro economico-finanziario

voci di riferimento	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
valore della produzione	1.447.677.402	1.476.015.821	1.507.692.758	1.529.556.466	1.541.082.873	1.637.110.174	1.654.358.367	1.688.528.768
costi della produzione	1.427.911.582	1.449.824.932	1.493.776.588	1.515.675.606	1.521.528.362	1.612.680.918	1.639.658.213	1.667.160.455
altre voci di bilancio	19.706.907	26.143.034	13.913.885	33.059.957	19.554.411	24.425.546	28.687.190	21.348.811
totale costi	1.447.618.488	1.475.967.965	1.507.690.473	1.548.735.563	1.541.082.773	1.637.106.463	1.668.345.403	1.688.509.266
risultato d'esercizio	58.914	47.855	2.284	- 19.179.097	100	3.710	- 13.987.036	19.502

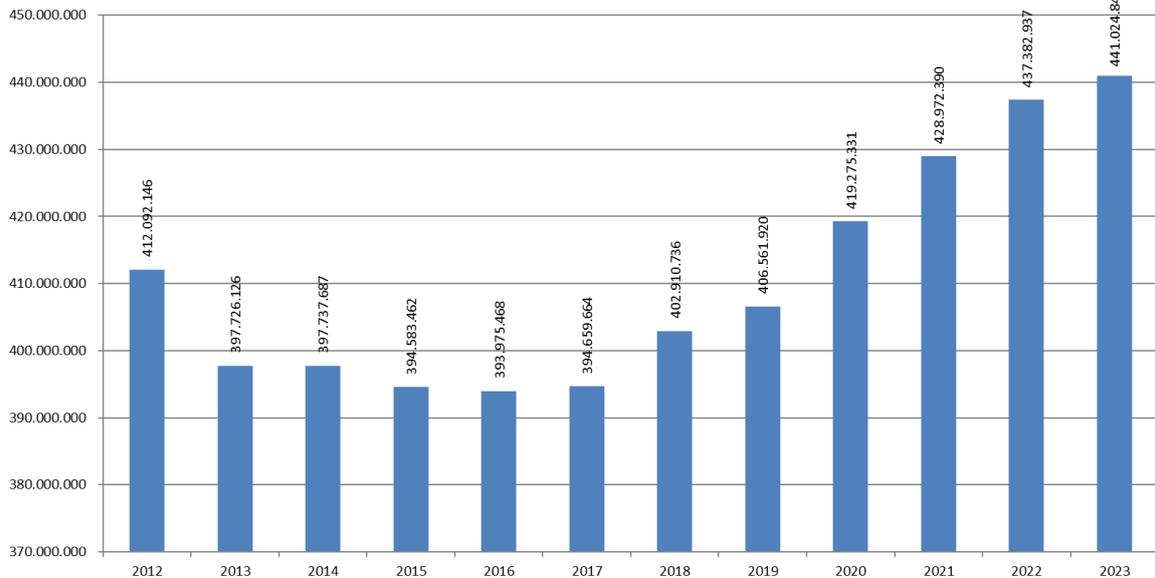


Composizione % macro-aggregati dei costi di bilancio esercizio 2023





Andamento costo del personale 2012 - 2023 in Euro



PERSONALE DIPENDENTE DAL 31.12.19 E AL 31.12.2023 DISTINTO PER RUOLO

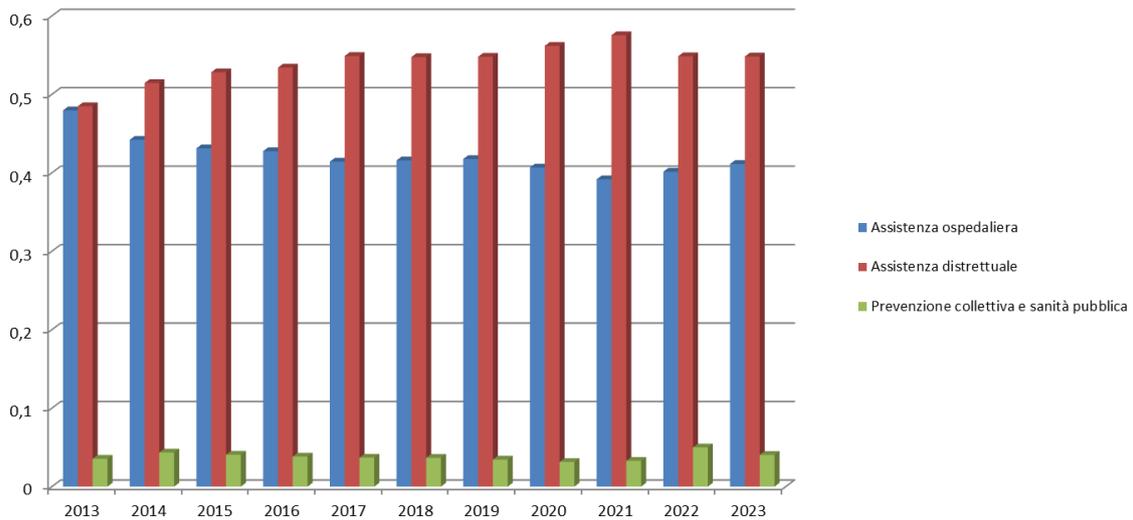
Ruolo	AREA CONTRATTUALE	2019		2020		2021		2022		2023	
		n.unità	% su tot.								
SANITARIO											
	DIRIGENZA MEDICI	1.427	17,85%	1.455	17,06%	1.422	16,48%	1.370	16,43%	1.320	15,83%
	DIRIGENZA NON MEDICI	196	2,45%	200	2,34%	206	2,39%	223	2,67%	213	2,55%
	COMPARTO	4.200	52,54%	4.483	52,56%	4.615	53,49%	4.594	55,09%	5.447	65,32%
	TOTALE RUOLO SANITARIO	5.823	72,84%	6.138	71,97%	6.243	72,36%	6.187	74,19%	6.980	84,26%
PROFESSIONALE											
	DIRIGENZA	6	0,08%	3	0,04%	4	0,05%	7	0,08%	7	0,08%
	COMPARTO	5	0,06%	6	0,07%	6	0,07%	6	0,07%	6	0,07%
	TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	11	0,14%	9	0,11%	10	0,12%	13	0,16%	13	0,16%
TECNICO											
	DIRIGENZA	9	0,11%	9	0,11%	5	0,06%	7	0,08%	7	0,08%
	COMPARTO	1.582	19,79%	1.816	21,29%	1.840	21,33%	1.529	18,34%	645	7,73%
	TOTALE RUOLO TECNICO	1.591	19,90%	1.825	21,40%	1.845	21,38%	1.536	18,42%	652	7,87%
AMMINISTRATIVO											
	DIRIGENZA	17	0,21%	20	0,23%	8	0,09%	17	0,20%	18	0,22%
	COMPARTO	552	6,91%	537	6,30%	522	6,05%	586	7,03%	621	7,45%
	TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	569	7,12%	557	6,53%	530	6,14%	603	7,23%	639	7,71%
TOTALE PERSONALE DIPENDENTE		7.994	100,00%	8.529	100,00%	8.628	100,00%	8.339	100,00%	8.284	100,00%

ANDAMENTO IMPIEGO DELLE RISORSE PER LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA ANNI 2013 - 2023

Liv. Essenziali di Assistenza	2010	2011	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Assistenza ospedaliera	50,36%	50,95%	44,21%	43,12%	42,76%	41,42%	41,58%	41,76%	40,67%	39,17%	40,14%	41,13%	39,56%
Assistenza distrettuale	46,53%	45,95%	51,44%	52,81%	53,41%	54,89%	54,75%	54,79%	56,18%	57,54%	54,86%	54,83%	56,50%
Prevenzione collettiva e sanità pubblica	3,11%	3,10%	4,35%	4,07%	3,83%	3,69%	3,67%	3,45%	3,15%	3,29%	5,00%	4,04%	3,93%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



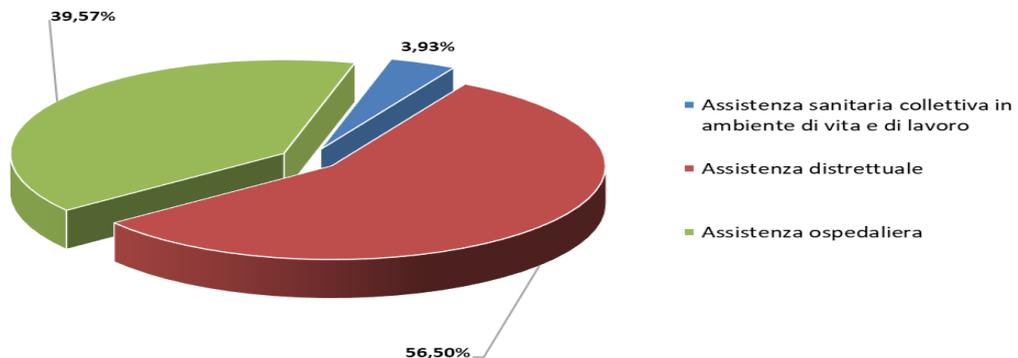
**Livelli di Assistenza - impiego delle risorse per tipo di assistenza
(% su totale costi)**



Distribuzione costi per Livelli Essenziali di Assistenza

	2021	2022	2023
Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	5,00%	4,04%	3,93%
Assistenza distrettuale	54,86%	54,83%	56,50%
Assistenza ospedaliera	40,14%	41,13%	39,57%
	100,00%	100,00%	100,00%

LEA 2023





3. Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione

3.1. Valore Pubblico

3.1.1. MANDATO ISTITUZIONALE E MISSIONE

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Gli interventi in ambito applicativo riguardano il completamento dell'introduzione dei sistemi di Cartella Clinica Elettronica (CCE), *Repository* ed *Order Entry*. Saranno effettuate quindi le necessarie verticalizzazioni e specializzazioni della CCE orizzontale (Ambulatoria-



le e di Degenza), saranno introdotti sistemi a supporto dei reparti e degli ambulatori per la prescrizione, erogazione e somministrazione di farmaci e prestazioni.

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

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

Pertanto sono individuati come prioritari gli interventi mirati:

- ◆ all'evoluzione del **Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0** ed ai conseguenti aspetti di integrazione;
- ◆ alla completa dematerializzazione dei processi clinici, sanitari ed amministrativi anche grazie ai fondi messi a disposizione dal PNRR
- ◆ all'utilizzo della CCE nei reparti ed ambulatori Aziendali. Alla data risulta pressoché attiva negli ospedali di I livello ed è in completamento presso l'ospedale di II livello. A seguire verranno completati gli ospedali di Base ed i Poliambulatori
- ◆ alla presa in carico dei processi di gestione delle cronicità (grazie alle progettualità delle COT), al tracciamento delle transazioni assistenziali, alla stratificazione della popolazione per profili di assistenza, alla gestione dei PDTA e delle reti di Patologia
- ◆ alla realizzazione di un sistema per la gestione e la programmazione delle attività in materia di **prevenzione**;
- ◆ alla diffusione sistemica dei sistemi di **telemedicina** in accordo con le linee guida nazionali e regionali;
- ◆ **all'empowerment del paziente**, mediante sia l'evoluzione di sistemi di interazione con il sistema sanitario soprattutto in mobilità (app) e l'utilizzo di sistemi di rilevazione (anche in remoto) di parametri vitali e clinici;
- ◆ alla diffusione di **strumenti di governance** per finalità di ricerca, programmazione e gestione sanitaria basate su piattaforme di data *warehouse* (viste di sintesi per area/ambito, viste di dettaglio, indicatori di appropriatezza e performance generali e specifici);
- ◆ ad un maggior controllo a livello regionale dei fattori di produzione, mediante la realizzazione di un sistema regionale di **monitoraggio contabile** delle Aziende sanitarie;
- ◆ a favorire l'interoperabilità tra i sistemi informativi.

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



Tra le Piattaforme abilitanti interessate si evidenziano:

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

E' in attuazione il processo di "Migrazione al Cloud" per la totalità dei Sistemi Informativi Aziendali: nel corso del 2025 i servizi applicativi saranno erogati attraverso due diversi poli infrastrutturali: PSN – Polo Strategico Nazionale e InnovaPuglia – Cloud Innovapuglia Regionale.



Tale condizione renderà possibile, tra le altre, l'utilizzo del Polo di Conservazione atto a garantire la Conservazione a Norma della documentazione amministrativa prodotta durante l'attività di gestione dei procedimenti amministrativi.

E' in via di attuazione, inoltre, una iniziativa regionale - a cui ASL Lecce ha aderito - tesa ad innalzare il livello di *CyberSicurezza* sia per tutte le componenti infrastrutturali sia per i servizi - regionali ed aziendali - erogati attraverso le stesse.

3.1.3. SERVIZIO DI FACILITAZIONE DIGITALE

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

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

Da maggio 2022 a dicembre 2024, pertanto, presso i Distretti socio sanitari e nei Presidi Ospedalieri sono stati attrezzati spazi idonei in prossimità dei CUP e/o nei punti di maggiore affluenza di utenti ai quali è stata offerta, con il supporto di n. 31 volontari di servizio civile, la consulenza e l'accompagnamento per l'utilizzo del portale della salute e la fruizione dei servizi on line per prenotazioni, disdette, pagamento *ticket*, ecc..

In particolare, nell'anno 2024, il *Servizio di facilitazione digitale* è stato effettuato presso alcuni studi medici nei Comuni di Lecce, Galatina e Poggiardo, raggiungendo il cittadino nel suo ambiente di vita e con il risultato auspicabile di una diminuzione dei cittadini che si recano presso i CUP aziendali.

Per l'anno 2025 proseguirà l'attività di informazione e formazione circa l'utilizzo dei servizi *online* offerti dalla ASL presso i Distretti socio sanitari di Maglie e Nardò e presso i Presidi Ospedalieri di Scorrano e Lecce, attraverso i 4 Punti di Facilitazione digitale proposti dalla Regione Puglia, per il tramite dell'AReSS.



L'ASL Lecce, inoltre, ha partecipato all'Avviso Pubblico dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale di Lecce per l'acquisizione di manifestazione di interesse per la individuazione di Enti Pubblici e Enti del Terzo Settore per Progetti utili alla collettività (PUC) con il coinvolgimento dei beneficiari di assegno di inclusione (AdI) e di supporto per la formazione e il lavoro (SFL).

A dicembre 2024, pertanto, è stato attivato il progetto Digit2024 che proseguirà per l'anno 2025 con i seguenti obiettivi: garantire la conservazione in maniera digitale di documentazione, fascicoli, schede ecc., attualmente disponibili in formato cartaceo con conseguente ingombro fisico, difficoltà di reperimento e facilitare alcuni processi organizzativi e produttivi.

Con la collaborazione dei beneficiari dell'Assegno di Inclusione, pertanto, sarà avviata la digitalizzazione dell'archivio cartaceo contenente deliberazioni e determinazioni a partire dalla annualità 2006 sino all'anno 2015 e dell'archivio contenente le Schede *Performance* Individuale degli anni 2019-20-21.

3.2. Piano delle *Performance*

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

Il *Piano della Performance* ha la finalità di rendere partecipe la Comunità degli obiettivi che l'Azienda Sanitaria Locale di Lecce si è prefissata per il triennio 2025-2027 garantendo ampia trasparenza e diffusione delle informazioni.

3.2.1. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Come suggerito con nota prot. n. 2335 del 8.01.2025 dal Presidente del Comitato Unico di Garanzia, l'analisi del contesto è stata effettuata, per quanto possibile ed alla luce dei dati disponibili, in un'ottica di genere, nella prospettiva del prossimo bilancio di genere aziendale.



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.

L'analisi del contesto esterno serve a esplorare alcune categorie che incidono con maggiore rapidità e portata su una azienda sanitaria per individuare i cambiamenti rilevanti attuali, emergenti o probabili, e i conseguenti effetti. Tale analisi riguarderà, quindi, il contesto politico, economico, sanitario, tecnologico ed epidemiologico.

Di seguito vengono riportati gli *stakeholder* esterni dell'ASL LE:

1. Fornitori di beni e servizi sanitari:

- Ditte di manutenzione
- Ditte farmaceutiche
- Servizi sanitari per la medicina di base, farmaceutica e distribuzione farmaci
- Strutture Socio Sanitarie private
- Case di cura private
- Enti Ecclesiastici
- Aziende Sanitarie e Ospedaliere Pubbliche
- Specialisti privati
- Strutture riabilitative private
- Strutture psichiatriche private

2. Programmazione istituzionale:

- Ministero della Salute;
- M.E.F.
- AgeNaS
- A.R.A.N.
- A.R.E.S.S.
- Regione Puglia

3. Portatori di interessi istituzionali:

- Ministero della Giustizia
- Università
- Comuni
- Istituti scolastici
- A.R.P.A.

4. Attori sociali:

- Ordini professionali
- Associazioni di categoria e di volontariato
- Cooperative sociali



- Organizzazioni sindacali
- Tribunale dei Diritti del Malato

3.2.2. CONTESTO GEO-DEMOGRAFICO E SOCIO SANITARIO

La ASL LE opera su un territorio di 2.799,07 Km², coincidente con la provincia di Lecce, su cui risiedono complessivamente 767.231 abitanti (fonte ISTAT al 01.01.2024), di cui 369.602 maschi e 397.629 femmine, distribuiti in 96 comuni a loro volta suddivisi in 10 Distretti Socio Sanitari, come di seguito dettagliato:

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

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

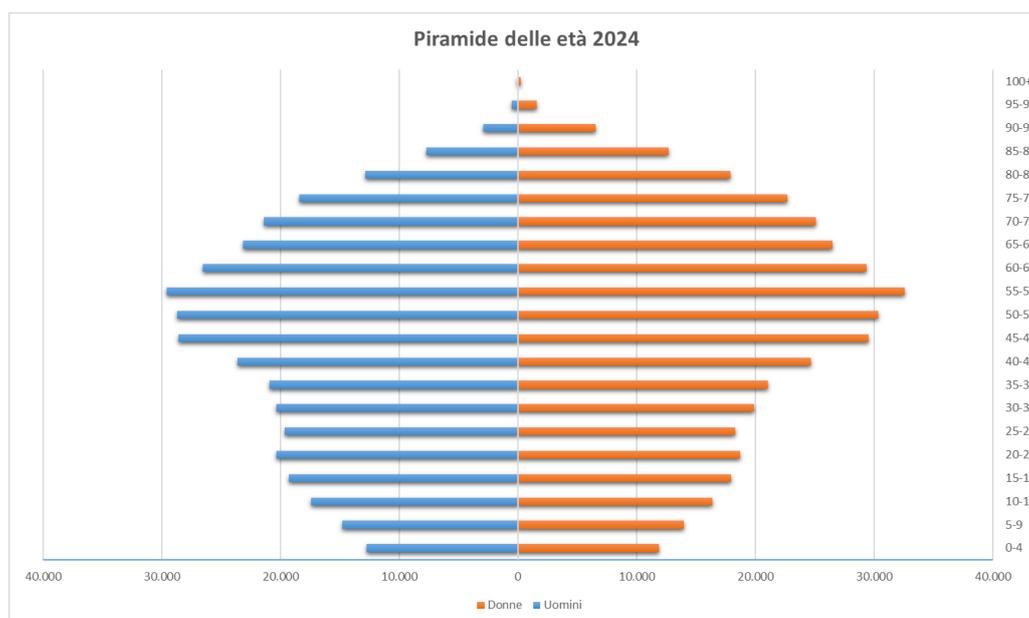
Distretto	Numero Comuni	Totale popolazione (01.01.2024)	> 64anni	< 15 anni	Indice di vecchiaia (incidenza popolazione anziana sui giovani)	Indice di invecchiamento (incidenza anziani sul totale della popolazione)
D.S.S. LECCE	10	175.928	42.693	20.955	203,74%	24,27%
D.S.S. CAMPI S.NA	8	82.327	22.560	9.042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

Con riferimento all'anno precedente, la popolazione residente al 01.01.2024 ha registrato un decremento di n. 2.847 unità, l'indice di vecchiaia (incidenza % della popolazione anziana sui giovani) continua a crescere, confermando per Lecce il maggior valore dell'intera regione, con un incremento, rispetto al 2023, del 1% della popolazione anziana (> 64 anni), di n. 1.933 unità a fronte di un decremento della popolazione giovane (< 15 anni) di n. 1.881



unità (- 2,1% rispetto al 2023). L'incidenza della popolazione anziana (> 64 anni) sulla popolazione giovane (< 15 anni) è più del doppio, raggiungendo il valore di 229,76%.

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



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

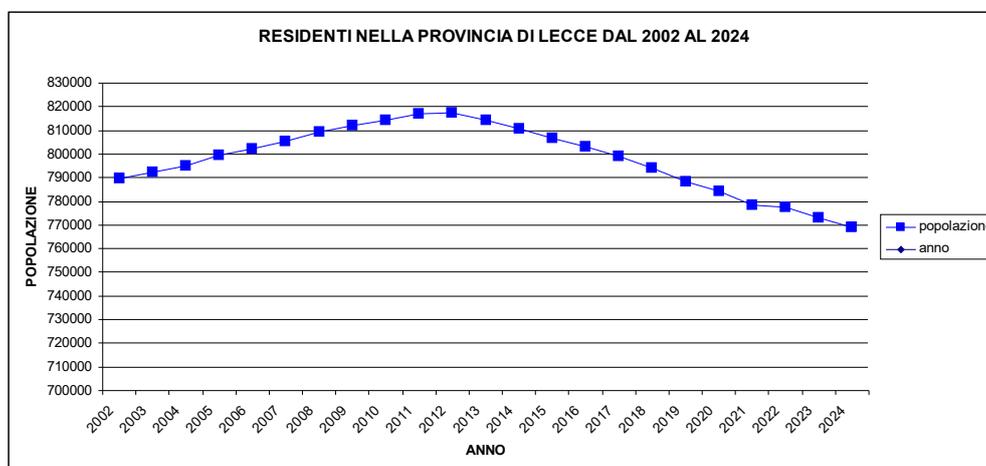
Indicatori	Periodo				
	2019	2020	2021	2022	2023
Tasso di natalità (per 1.000 abitanti)	6,5	6,2	6,3	6,3	6
Tasso di mortalità (per 1.000 abitanti)	10,5	11,4	12,3	12,7	12,3
Crescita naturale (per 1.000 abitanti)	-4,0	-5,2	-6,0	-6,4	-6,2
Tasso di nuzialità (per 1.000 abitanti)	3,6	1,6	3,8	3,6	3,5
Saldo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



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

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

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

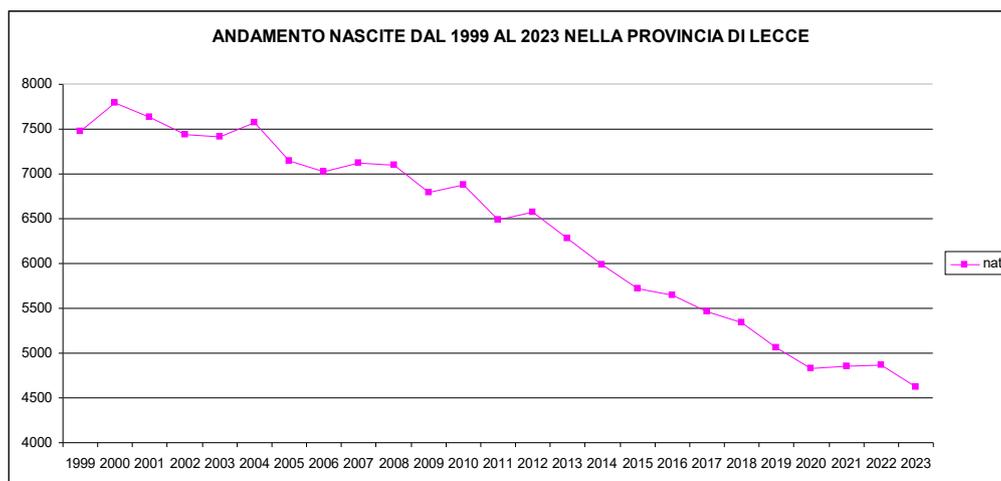


Dalla tabella recante i residenti negli anni 2004, 2014 e 2024, per fasce d'età, e dal suddetto grafico recante l'andamento della popolazione della provincia di Lecce dal 2002, si evidenzia dapprima un progressivo aumento della popolazione sino all'anno 2012, seguito da un decremento dall'anno 2013. I motivi di questi cambiamenti demografici sono dovuti negli anni di crescita della popolazione a fenomeni immigratori e ad un aumento della natalità, prevalentemente a carico della popolazione straniera, mentre la progressiva riduzione appare strettamente correlata al fenomeno migratorio che interessa in particolar modo i giovani in cerca di un'occupazione lavorativa e ad una contestuale riduzione della natalità, accompagnata da un aumento della popolazione anziana. Infatti, da un'analisi sommaria



dei dati sopra rappresentati, si conferma il *trend* nazionale che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in sistematico aumento.

Nel grafico seguente si riporta il *trend* di nascite nella provincia di Lecce dall'anno 1999 all'anno 2023, i cui dati sono estrapolati dal sito ISTAT. Si rileva una forte riduzione del numero di nati, che ha avuto il picco nell'anno 2000, per poi raggiungere il valore minimo nell'anno 2023.



Nel 2023, per la provincia di Lecce si rilevano i seguenti dati di nascite, estrapolati dal sito ISTAT:

Nati per sesso e cittadinanza nella provincia di Lecce - anno 2023

Popolazione residente		Incidenza %	Popolazione straniera residente		Incidenza %
Maschi residenti	2.394	51,78%	Maschi stranieri residenti	114	48,72%
Femmine residenti	2.229	48,22%	Femmine straniere residenti	120	51,28%
Totale residenti	4.623	100,00%	Totale stranieri residenti	234	100,00%

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

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



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

Nella regione europea dell'OMS, malattie come lo scompenso cardiaco, l'insufficienza respiratoria, i disturbi del sonno, il diabete, l'obesità, la depressione, la demenza, l'ipertensione, colpiscono l'80% delle persone oltre i 65 anni e spesso si verificano contemporaneamente nello stesso individuo. Ed entro il 2060 si prevede che il numero di Europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 152 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella sotto i 15 anni.

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

L'andamento dei ricoveri evidenzia un aumento del 6,7% nell'anno 2023 rispetto all'anno 2022. In particolare, negli ospedali a gestione diretta si registra un incremento del 6,8% dei ricoveri nel 2023 rispetto all'anno precedente. Tale andamento indica il definitivo superamento della fase critica, riportando i livelli di attività al periodo pre-pandemico del 2019.

Di seguito, oltre ai dati consolidati, si riportano i dati del 1^a semestre 2024, sui quali è stata fatta una stima per l'intero anno 2024. Dai dati stimati si prospetta una lieve riduzione dei ricoveri rispetto al 2023 anche grazie al miglioramento degli indici di appropriatezza delle cure.



		2019					
MDC		Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico - Tricase	Mobilità Infraregionale	Mobilità Extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	3.475	669	1.600	502	1.074	7.320
02	Malattie e disturbi dell'occhio	590	2	767	214	295	1.868
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.318	133	649	190	499	2.789
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	6.384	358	1.594	308	414	9.058
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	6.982	2.052	2.474	383	952	12.843
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	6.716	430	1.359	283	576	9.364
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.488	386	666	136	294	3.970
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	6.161	1.473	997	548	2.888	12.067
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.705	528	273	295	481	3.282
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	1.092	247	259	182	622	2.402
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.900	357	2.178	312	471	6.218
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	622	233	307	136	231	1.529
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	2.080	459	798	274	625	4.236
14	gravidanza. Parto e puerperio	4.984	1	1.304	254	132	6.675
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.666		1.182	192	5	5.045
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	952	22	137	66	96	1.273
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	752	74	221	199	473	1.719
18	Malattie infettive e parassitarie	1.419	17	382	45	77	1.940
19	Malattie e disturbi mentali	1.363	339	50	150	262	2.164
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	65	60	2	-	35	162
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	426	12	82	46	66	632
22	Ustioni	8	-	1	33	-	41
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	820	165	330	134	356	1.805
24	Traumatismi multipli rilevanti	65	1	9	4	3	82
25	DRG non classificabile	32	-	1	1		34
N	Altri DRG	313	7	60	11	17	408
Pr	Altri DRG	254	2	72	13	68	409
TOTALE		57.632	8.027	17.754	4.911	11.012	99.335

		2022					
MDC		Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico - Tricase	Mobilità Infraregionale	Mobilità Extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.395	535	1.433	395	817	5.575
02	Malattie e disturbi dell'occhio	548	16	538	121	252	1.475
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	755	127	542	218	354	1.996
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	4.960	275	1.117	328	341	7.021
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.112	1.848	2.423	321	806	10.510
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.765	570	1.730	308	548	7.921
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.855	359	798	131	259	3.402
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.294	1.563	1.130	596	2.685	11.268
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.132	519	256	268	387	2.562
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	843	210	205	137	499	1.894
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.415	286	2.235	310	407	5.653
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	479	109	428	154	181	1.351
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.768	388	922	156	509	3.743
14	gravidanza. Parto e puerperio	4.442		1.323	200	149	6.114
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.326		1.226	122	3	4.677
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	570	24	132	42	97	865
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	577	34	293	189	391	1.484
18	Malattie infettive e parassitarie	1.374	18	386	62	109	1.949
19	Malattie e disturbi mentali	1.129	336	41	92	204	1.802
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	49	64	1	1	14	129
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	261	12	71	42	58	444
22	Ustioni	15	-	1	23	4	43
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	936	222	633	121	295	2.207
24	Traumatismi multipli rilevanti	61	-	6	2	3	72
25	DRG non classificabile	12			1		13
00	Altri DRG	445	5	128	50	73	701
TOTALE		45.518	7.520	17.998	4.390	9.445	84.871



		2023					
MDC		Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico - Tricase	Mobilità Infraregionale	Mobilità Extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	2.519	637	1.527	388	880	5.951
02	Malattie e disturbi dell'occhio	540	24	544	113	295	1.516
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	1.027	121	633	229	393	2.403
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5.248	233	1.263	385	378	7.507
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.718	1.781	2.581	334	767	11.181
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.941	653	1.623	310	571	8.098
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	2.058	365	873	163	225	3.684
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	5.510	1.765	1.323	654	3.047	12.299
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	1.177	446	415	284	336	2.658
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	944	217	250	86	467	1.964
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.842	351	2.486	347	392	6.418
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	569	104	385	165	194	1.417
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.723	532	1.168	183	597	4.203
14	gravidanza. Parto e puerperio	4.413		1.213	181	130	5.937
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	3.315		1.124	105	3	4.547
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	665	23	164	46	71	969
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	724	37	337	200	387	1.685
18	Malattie infettive e parassitarie	1.912	18	530	50	84	2.594
19	Malattie e disturbi mentali	1.170	375	47	129	218	1.939
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	32	60	1	1	14	108
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	253	15	76	32	66	442
22	Ustioni	7		-	26	1	34
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	845	272	718	105	338	2.278
24	Traumatismi multipli rilevanti	51	1	8	3	1	64
25	DRG non classificabile	16					16
00	Altri DRG	392	4	152	70	65	683
TOTALE		48.611	8.034	19.441	4.589	9.920	90.595

		I SEM 2024					
MDC		Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico - Tricase	Mobilità Infraregionale	Mobilità Extraregionale	Totale
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	879	334	698	175	430	2.516
02	Malattie e disturbi dell'occhio	273	9	271	86	185	824
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	442	68	312	119	230	1.171
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	2.653	125	760	195	176	3.909
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.769	1.011	1.322	173	426	5.701
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.232	317	793	149	303	3.794
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	953	234	413	77	114	1.791
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	2.459	946	696	336	1.618	6.055
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	451	192	245	145	189	1.222
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	416	92	135	46	233	922
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1.046	189	1.301	174	203	2.913
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	247	81	251	90	107	776
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	916	243	621	94	345	2.219
14	gravidanza. Parto e puerperio	2.166		583	71	76	2.896
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	1.423		536	50	2	2.011
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	170	13	123	23	33	362
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	291	10	274	107	181	863
18	Malattie infettive e parassitarie	808	5	324	17	42	1.196
19	Malattie e disturbi mentali	506	171	23	60	101	861
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	29	39	-		7	75
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	124	12	31	14	36	217
22	Ustioni	10			14	1	25
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	274	145	417	50	171	1.057
24	Traumatismi multipli rilevanti	28		2		1	31
25	DRG non classificabile	5					5
00	Altri DRG	148	2	61	29	36	276
TOTALE		21.718	4.238	10.192	2.294	5.246	43.688



PROIEZ 2024							
MDC	Strutture a gestione diretta	Strutture private accreditate	EE Cardinal Panico - Tricase	Mobilità Infraregionale	Mobilità Extraregionale	Totale	
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.758	668	1.396	350	860	5.032
02	Malattie e disturbi dell'occhio	546	18	542	172	370	1.648
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	884	136	624	238	460	2.342
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	5.306	250	1.520	390	352	7.818
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	5.538	2.022	2.644	346	852	11.402
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	4.464	634	1.586	298	606	7.588
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	1.906	468	826	154	228	3.582
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	4.918	1.892	1.392	672	3.236	12.110
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	902	384	490	290	378	2.444
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	832	184	270	92	466	1.844
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	2.092	378	2.602	348	406	5.826
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	494	162	502	180	214	1.552
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.832	486	1.242	188	690	4.438
14	gravidenza. Parto e puerperio	4.332	-	1.166	142	152	5.792
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	2.846	-	1.072	100	4	4.022
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	340	26	246	46	66	724
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	582	20	548	214	362	1.726
18	Malattie infettive e parassitarie	1.616	10	648	34	84	2.392
19	Malattie e disturbi mentali	1.012	342	46	120	202	1.722
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	58	78	-	-	14	150
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	248	24	62	28	72	434
22	Ustioni	20	-	-	28	2	50
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	548	290	834	100	342	2.114
24	Traumatismi multipli rilevanti	56	-	4	-	2	62
25	DRG non classificabile	10	-	-	-	-	10
00	Altri DRG	296	4	122	58	72	552
	TOTALE	43.436	8.476	20.384	4.588	10.492	87.376

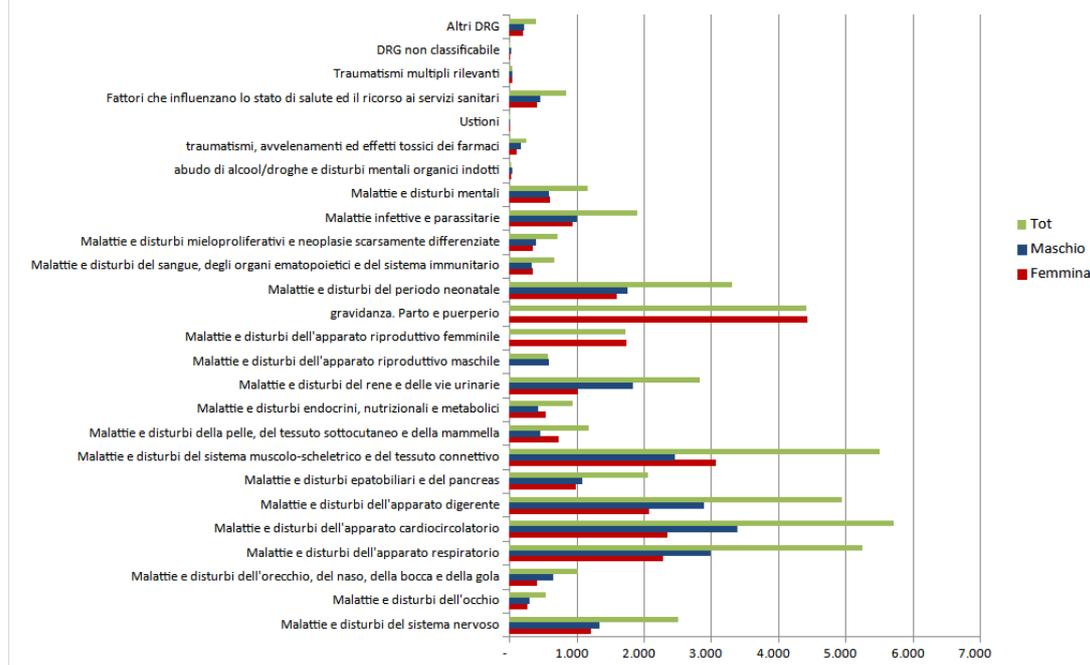
Per quanto riguarda l'anno 2023, si riportano di seguito i dati e i grafici sui ricoveri in strutture a gestione diretta, private accreditate, E.E. Cardinal Panico di Tricase e ricoveri in mobilità infraregionale ed extraregionale, suddivisi per genere.



Ricoveri in strutture a gestione diretta - Anno 2023

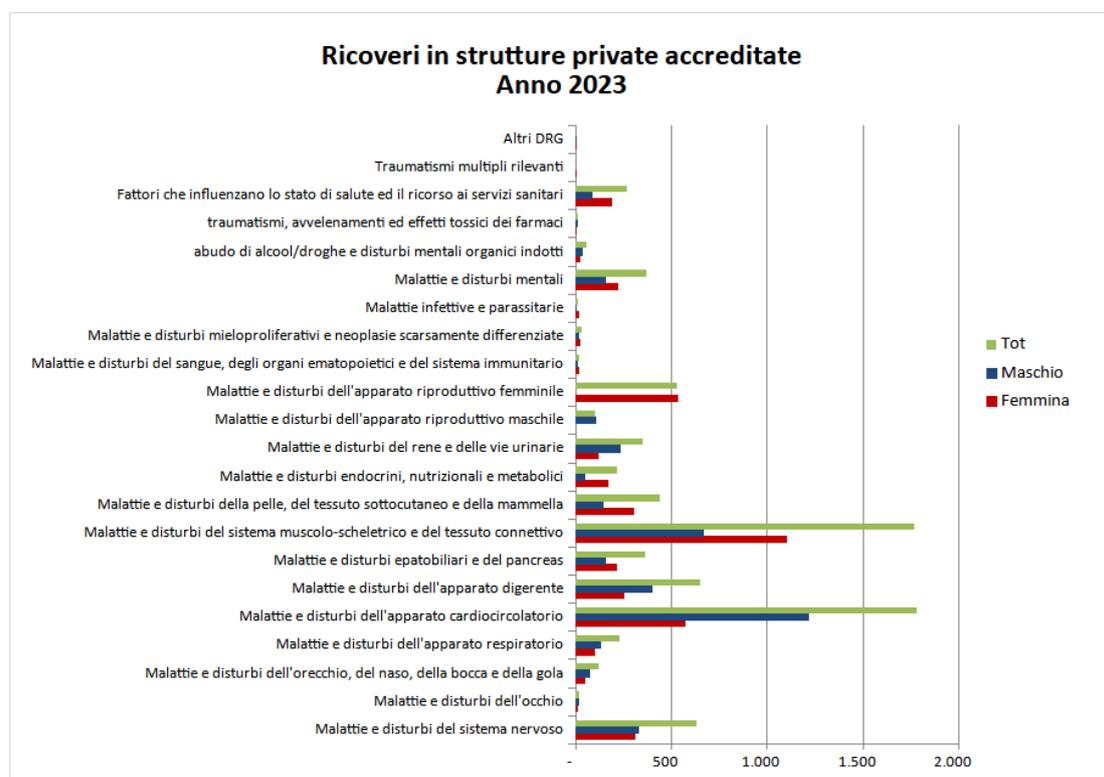
Cod. MDC	Descr. MDC	Femmina	Maschio	Tot	% Femmine	% Maschi
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	1.195	1.324	2.519	47,44%	52,56%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	248	292	540	45,93%	54,07%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	395	632	1.027	38,46%	61,54%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	2.277	2.971	5.248	43,39%	56,61%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	2.334	3.384	5.718	40,82%	59,18%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	2.065	2.876	4.941	41,79%	58,21%
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	980	1.078	2.058	47,62%	52,38%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	3.053	2.457	5.510	55,41%	44,59%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	727	450	1.177	61,77%	38,23%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	526	418	944	55,72%	44,28%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	1.013	1.829	2.842	35,64%	64,36%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile		569	569	0,00%	100,00%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.723		1.723	100,00%	0,00%
14	gravidenza. Parto e puerperio	4.413		4.413	100,00%	0,00%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	1.577	1.738	3.315	47,57%	52,43%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	340	325	665	51,13%	48,87%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	341	383	724	47,10%	52,90%
18	Malattie infettive e parassitarie	928	984	1.912	48,54%	51,46%
19	Malattie e disturbi mentali	590	580	1.170	50,43%	49,57%
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	8	24	32	25,00%	75,00%
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	87	166	253	34,39%	65,61%
22	Ustioni	4	3	7	57,14%	42,86%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	403	442	845	47,69%	52,31%
24	Traumatismi multipli rilevanti	23	28	51	45,10%	54,90%
25	DRG non classificabile	1	15	16	6,25%	93,75%
00	Altri DRG	185	207	392	47,19%	52,81%
	Totale ricoveri in strutture a gestione diretta	25.436	23.175	48.611	52,33%	47,67%

**Ricoveri in strutture a gestione diretta
Anno 2023**





Ricoveri in strutture private accreditate - Anno 2023						
Cod. MDC	Descr. MDC	Femmina	Maschio	Tot	% Femmine	% Maschi
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	307	330	637	48,19%	51,81%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	9	15	24	37,50%	62,50%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	50	71	121	41,32%	58,68%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	100	133	233	42,92%	57,08%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	569	1.212	1.781	31,95%	68,05%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	252	401	653	38,59%	61,41%
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	212	153	365	58,08%	41,92%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.098	667	1.765	62,21%	37,79%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	305	141	446	68,39%	31,61%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	167	50	217	76,96%	23,04%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	117	234	351	33,33%	66,67%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile		104	104	0,00%	100,00%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	532		532	100,00%	0,00%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	14	9	23	60,87%	39,13%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	24	13	37	64,86%	35,14%
18	Malattie infettive e parassitarie	14	4	18	77,78%	22,22%
19	Malattie e disturbi mentali	220	155	375	58,67%	41,33%
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	23	37	60	38,33%	61,67%
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	6	9	15	40,00%	60,00%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	188	84	272	69,12%	30,88%
24	Traumatismi multipli rilevanti	1		1	100,00%	0,00%
00	Altri DRG	2	2	4	50,00%	50,00%
Totale ricoveri in strutture private accreditate		4.210	3.824	8.034	52,40%	47,60%

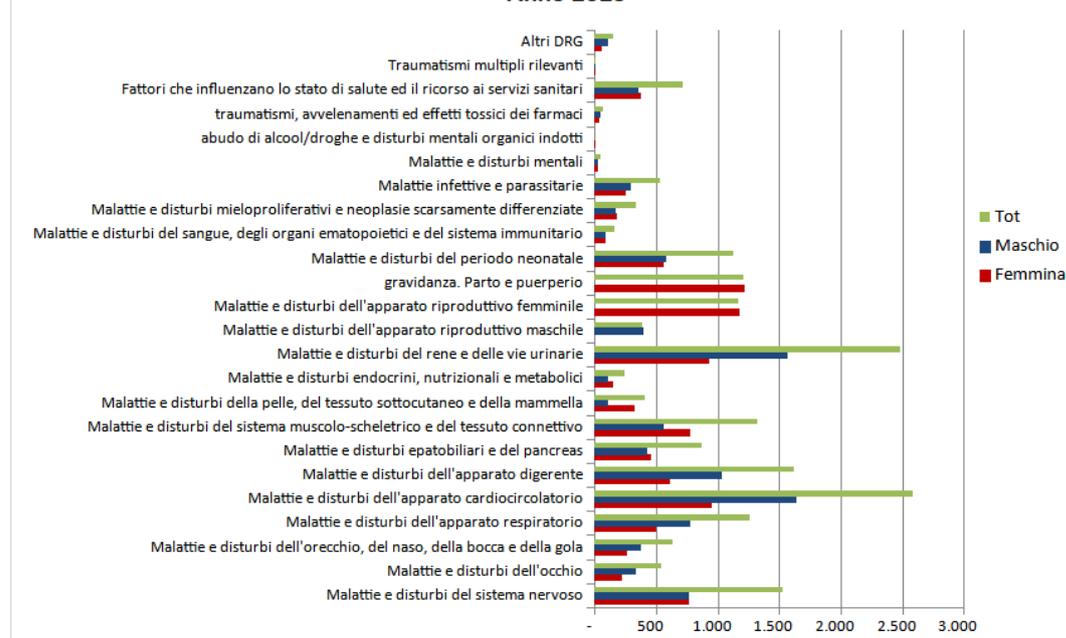




Ricoveri EE Cardinale Panico - Tricase - Anno 2023

Cod. MDC	Descr. MDC	Femmina	Maschio	Tot	% Femmine	% Maschi
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	763	764	1.527	49,97%	50,03%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	218	326	544	40,07%	59,93%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	260	373	633	41,07%	58,93%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	493	770	1.263	39,03%	60,97%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	948	1.633	2.581	36,73%	63,27%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	602	1.021	1.623	37,09%	62,91%
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	452	421	873	51,78%	48,22%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	774	549	1.323	58,50%	41,50%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	315	100	415	75,90%	24,10%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	147	103	250	58,80%	41,20%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	928	1.558	2.486	37,33%	62,67%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile		385	385	0,00%	100,00%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	1.168		1.168	100,00%	0,00%
14	gravidanza. Parto e puerperio	1.213		1.213	100,00%	0,00%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	550	574	1.124	48,93%	51,07%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	78	86	164	47,56%	52,44%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	174	163	337	51,63%	48,37%
18	Malattie infettive e parassitarie	246	284	530	46,42%	53,58%
19	Malattie e disturbi mentali	25	22	47	53,19%	46,81%
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	1		1	100,00%	0,00%
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	31	45	76	40,79%	59,21%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	369	349	718	51,39%	48,61%
24	Traumatismi multipli rilevanti	4	4	8	50,00%	50,00%
00	Altri DRG	53	99	152	34,87%	65,13%
	Totale ricoveri EE Cardinale Panico - Tricase	9.812	9.629	19.441	50,47%	49,53%

Ricoveri EE Cardinale Panico - Tricase
Anno 2023

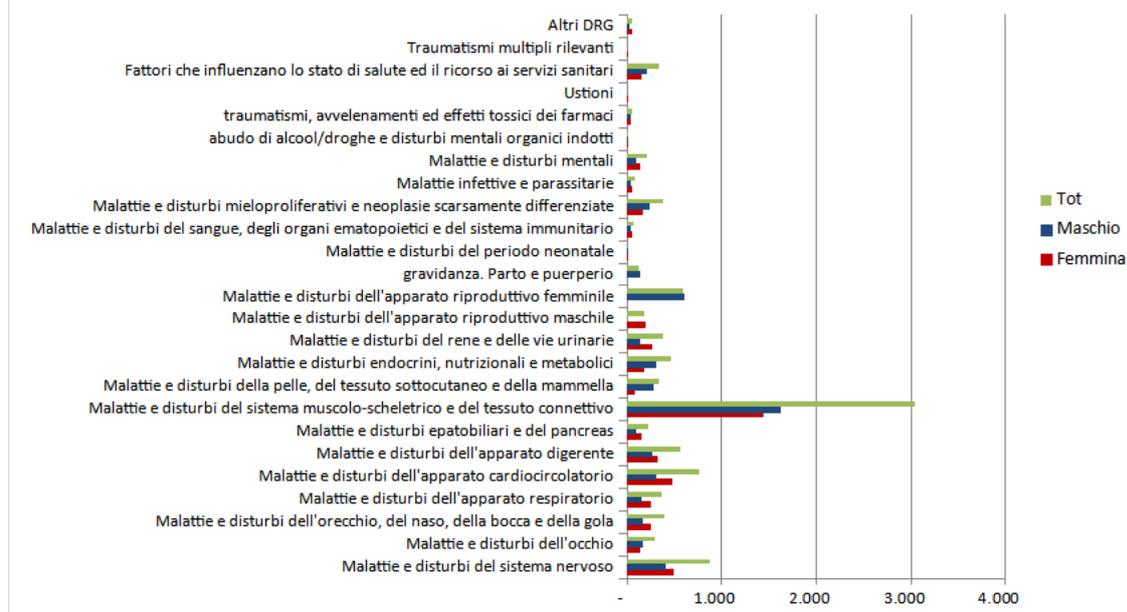




Ricoveri in mobilità extraregionale - Anno 2023

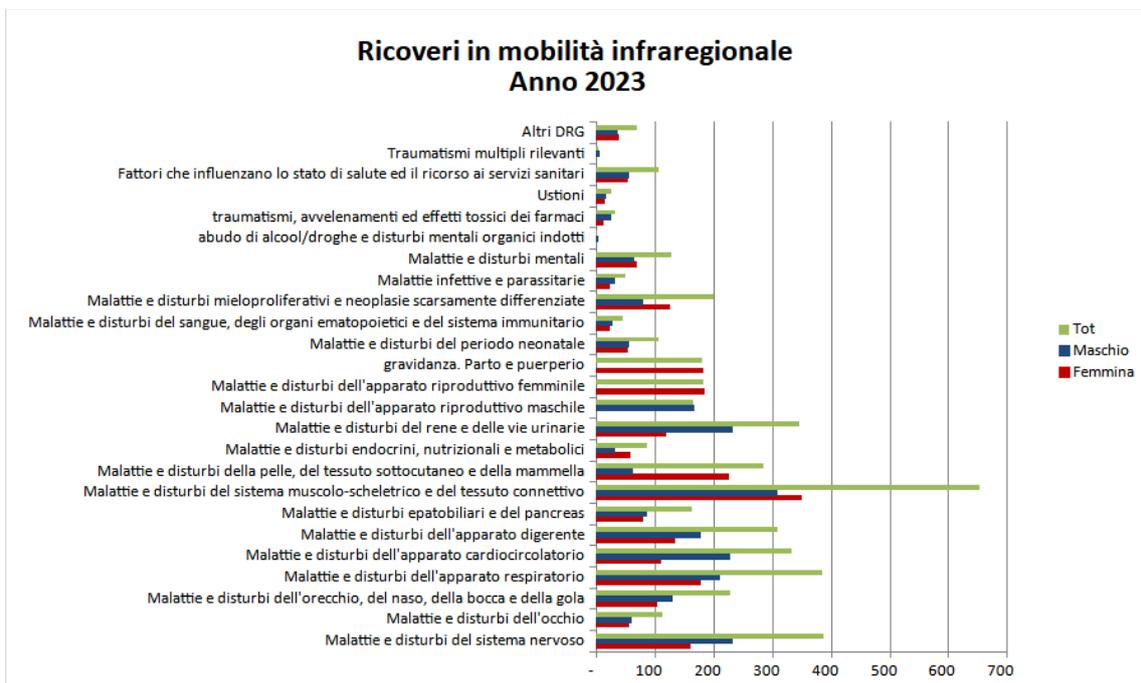
Cod. MDC	Descr. MDC	Femmina	Maschio	Tot	% Femmine	% Maschi
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	393	487	880	44,66%	55,34%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	160	135	295	54,24%	45,76%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	156	237	393	39,69%	60,31%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	141	237	378	37,30%	62,70%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	295	472	767	38,46%	61,54%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	261	310	571	45,71%	54,29%
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	85	140	225	37,78%	62,22%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	1.614	1.433	3.047	52,97%	47,03%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	266	70	336	79,17%	20,83%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	298	169	467	63,81%	36,19%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	127	265	392	32,40%	67,60%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile		194	194	0,00%	100,00%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	597		597	100,00%	0,00%
14	gravidanza. Parto e puerperio	130		130	100,00%	0,00%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	2	1	3	66,67%	33,33%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	30	41	71	42,25%	57,75%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	231	156	387	59,69%	40,31%
18	Malattie infettive e parassitarie	34	50	84	40,48%	59,52%
19	Malattie e disturbi mentali	92	126	218	42,20%	57,80%
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti	5	9	14	35,71%	64,29%
21	traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	35	31	66	53,03%	46,97%
22	Ustioni		1	1	0,00%	100,00%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	198	140	338	58,58%	41,42%
24	Traumatismi multipli rilevanti		1	1	0,00%	100,00%
00	Altri DRG	19	46	65	29,23%	70,77%
Totale ricoveri in mobilità extraregionale		5.169	4.751	9.920	52,11%	47,89%

Ricoveri in mobilità extraregionale
Anno 2023





Ricoveri in mobilità infraregionale - Anno 2023						
Cod. MDC	Descr. MDC	Femmina	Maschio	Tot	% Femmine	% Maschi
01	Malattie e disturbi del sistema nervoso	158	230	388	40,72%	59,28%
02	Malattie e disturbi dell'occhio	54	59	113	47,79%	52,21%
03	Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	101	128	229	44,10%	55,90%
04	Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	176	209	385	45,71%	54,29%
05	Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	108	226	334	32,34%	67,66%
06	Malattie e disturbi dell'apparato digerente	133	177	310	42,90%	57,10%
07	Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	78	85	163	47,85%	52,15%
08	Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	348	306	654	53,21%	46,79%
09	Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	223	61	284	78,52%	21,48%
10	Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	57	29	86	66,28%	33,72%
11	Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	116	231	347	33,43%	66,57%
12	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile		165	165	0,00%	100,00%
13	Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	183		183	100,00%	0,00%
14	gravidanza. Parto e puerperio	181		181	100,00%	0,00%
15	Malattie e disturbi del periodo neonatale	51	54	105	48,57%	51,43%
16	Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	20	26	46	43,48%	56,52%
17	Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	123	77	200	61,50%	38,50%
18	Malattie infettive e parassitarie	20	30	50	40,00%	60,00%
19	Malattie e disturbi mentali	66	63	129	51,16%	48,84%
20	abuso di alcool/droghe e disturbi mentali organici indotti		1	1	0,00%	100,00%
21	Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	9	23	32	28,13%	71,88%
22	Ustioni	12	14	26	46,15%	53,85%
23	Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	52	53	105	49,52%	50,48%
24	Traumatismi multipli rilevanti		3	3	0,00%	100,00%
00	Altri DRG	36	34	70	51,43%	48,57%
Totale ricoveri in mobilità infraregionale		2.305	2.284	4.589	50,23%	49,77%



Dall'analisi dei dati riportati nei suddetti grafici e tabelle emerge quanto di seguito riportato:

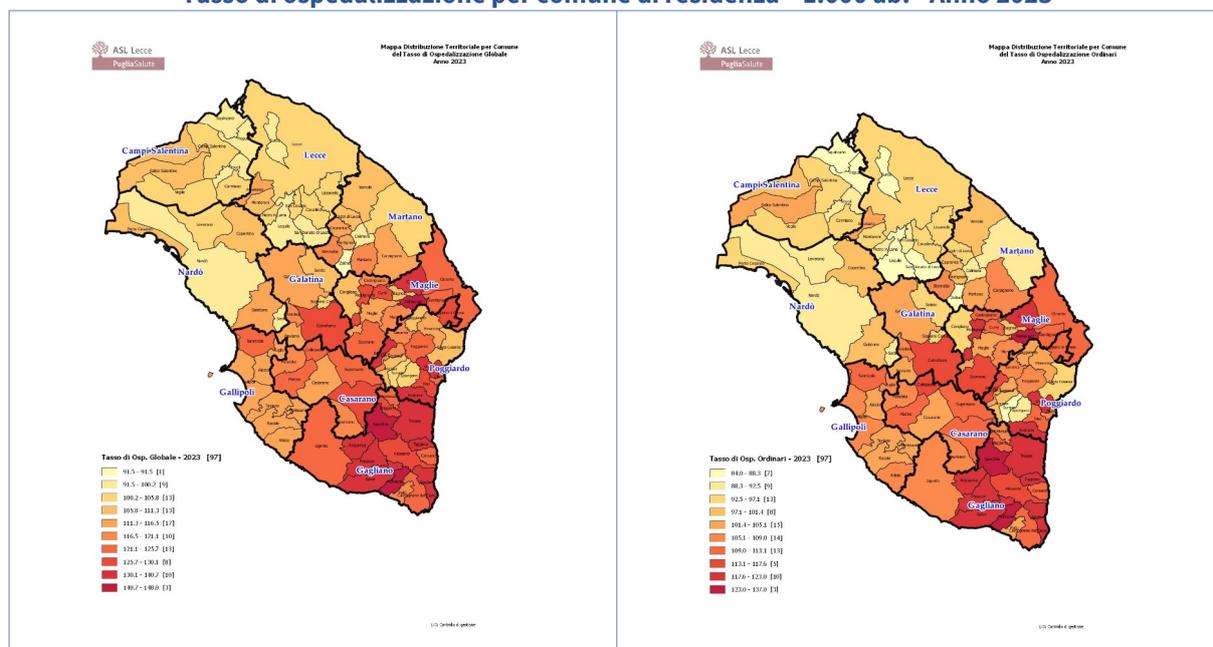
- nelle strutture a gestione diretta i ricoverati sono rappresentati per il 52,33% da donne e per il 47,67% da uomini. Per le donne i casi più frequenti di ricovero sono

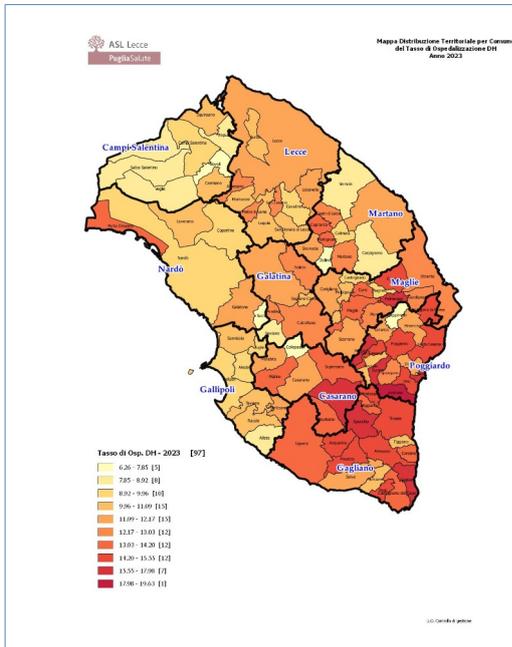


malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo e parto e puerperio (100% donne), mentre per gli uomini i casi più frequenti di ricovero sono malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, dell'apparato respiratorio e dell'apparato digerente

- nelle *strutture private accreditate* i ricoverati sono rappresentati per lo più da donne (52,4%) e i casi più frequenti di ricovero sono malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio, che coinvolgono in misura maggiore gli uomini con una percentuale del 68,05%, e malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, che colpiscono il 62,21% delle donne
- nell'E.E. Cardinal Panico di Tricase, sono state ricoverate 9.812 donne (50,47%) e 9.629 uomini (49,53%). I motivi più frequenti di ricovero, che colpiscono in misura determinante gli uomini, sono malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio e dell'apparato urinario
- i ricoveri in mobilità extra-regionale riguardano per lo più le donne, con una percentuale del 52,11%, per Malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (52,97% delle donne)
- i ricoveri in mobilità infra-regionale interessano soprattutto malattie e disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo, che colpiscono le donne per il 53,21% dei casi.

Tasso di ospedalizzazione per comune di residenza * 1.000 ab. - Anno 2023





Riquadro 1) Tasso ospedalizzazione globale

- Valore Medio 116,52
- Valore Min 91,55
- Valore Max 147,95

Riquadro 2) Tasso ospedalizzazione ordinari

- Valore Medio 104,42
- Valore Min 83,97
- Valore Max 136,96

Riquadro 3) Tasso ospedalizzazione DH

- Valore Medio 12,1
- Valore Min 6,26
- Valore Max 19,63

Particolarmente rilevante ai fini della valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri è il tasso di ospedalizzazione per le patologie croniche. Nelle tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alla ospedalizzazione per le tre patologie a maggiore impatto sociale, ricavati dal Dimensionale Edotto: diabete a breve e lungo termine, BPCO, scompenso cardiaco.

La riduzione del tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco è un obiettivo regionale, assegnato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della Regione Puglia, ai quali si impone una riduzione del tasso rispetto al valore *target* di 200 ricoveri per 100.000 ab.

Come si evince dalle tabelle seguenti, il tasso di ospedalizzazione per patologie evitabili registra una notevole riduzione rispetto al 2019, sebbene nel 2023 risulta un leggero incremento sul 2022. Il risultato raggiunto si posiziona al di sotto del valore *target* (200 ricoveri per 100.000 ab.), grazie al potenziamento dei servizi di presa in carico dei pazienti con patologie croniche da parte dei servizi territoriali.



2019					
Distretto Residenza Assistito	Tasso BPCO	Tasso Diabete Breve Termine	Tasso Diabete Lungo Termine	Tasso Scopenso Cardiaco	Tasso STD Complessivo Patologie evitabili
DSS LECCE	26,08	5,04	4,30	191,13	226,56
DSS CAMPI SALENTINA	26,88	0,00	1,97	186,15	214,99
DSS NARDO'	55,68	2,32	6,84	231,99	296,83
DSS MARTANO	18,75	0,00	1,88	252,03	272,66
DSS GALATINA	35,12	1,75	8,21	234,70	279,78
DSS GALLIPOLI	32,99	2,39	4,95	220,40	260,73
DSS MAGLIE	6,36	3,44	3,11	438,57	451,49
DSS POGGIARDO	12,08	2,83	4,78	300,86	320,54
DSS CASARANO	33,43	0,00	12,07	271,19	316,70
DSS GAGLIANO DEL CAPO	10,39	2,03	4,95	178,47	195,85
TOTALE ASL LECCE	20,93	4,74	27,71	241,06	294,44

2022					
Distretto Residenza Assistito	Tasso BPCO	Tasso Diabete Breve Termine	Tasso Diabete Lungo Termine	Tasso Scopenso Cardiaco	Tasso STD Complessivo Patologie evitabili
DSS LECCE	11,31	3,56	3,51	121,69	140,07
DSS CAMPI SALENTINA	14,94	0,57	0,74	112,99	129,25
DSS NARDO'	11,48	3,31	1,06	151,91	167,75
DSS MARTANO	3,02	0,00	2,06	175,85	180,93
DSS GALATINA	18,76	1,96	3,62	137,11	161,45
DSS GALLIPOLI	2,52	0,00	1,56	131,11	135,20
DSS MAGLIE	11,07	4,21	0,97	208,82	225,07
DSS POGGIARDO	7,22	3,32	8,25	213,70	232,49
DSS CASARANO	7,16	1,44	10,17	171,41	190,19
DSS GAGLIANO DEL CAPO	8,36	2,07	2,11	146,00	158,53
TOTALE ASL LECCE	10,17	2,31	3,18	148,64	164,29

2023					
Distretto Residenza Assistito	Tasso BPCO	Tasso Diabete Breve Termine	Tasso Diabete Lungo Termine	Tasso Scopenso Cardiaco	Tasso STD Complessivo Patologie evitabili
DSS LECCE	9,27	3,00	3,96	148,31	164,53
DSS CAMPI SALENTINA	11,84	0,74	3,43	151,23	167,23
DSS NARDO'	22,38	3,68	1,15	169,05	196,26
DSS MARTANO	16,34	3,91	6,31	210,31	236,87
DSS GALATINA	21,83	0,00	1,67	203,85	227,35
DSS GALLIPOLI	5,92	2,94	0,97	146,08	155,92
DSS MAGLIE	7,23	0,00	0,00	241,74	248,97
DSS POGGIARDO	11,40	1,85	3,44	209,09	225,78
DSS CASARANO	10,71	6,99	1,55	175,18	194,43
DSS GAGLIANO DEL CAPO	6,43	0,00	2,24	164,41	173,08
TOTALE ASL LECCE	11,99	2,40	2,51	173,27	190,17

Sul tasso di ospedalizzazione influisce anche il potenziamento dei servizi nell'area socio-sanitaria.



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

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

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

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

Relativamente all'assistenza domiciliare per l'anno 2024, nella tabella seguente è riportato, per distretto sociosanitario, il numero di assistiti ultra 65enni in cure domiciliari e la percentuale sulla popolazione anziana. Si precisa che i dati al momento sono suscettibili di miglioramento, poiché alla data di estrazione i Distretti socio sanitari possono proseguire con l'inserimento degli assistiti su Edotto.



Assistiti ultra 65enni in assistenza domiciliare - anno 2024

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

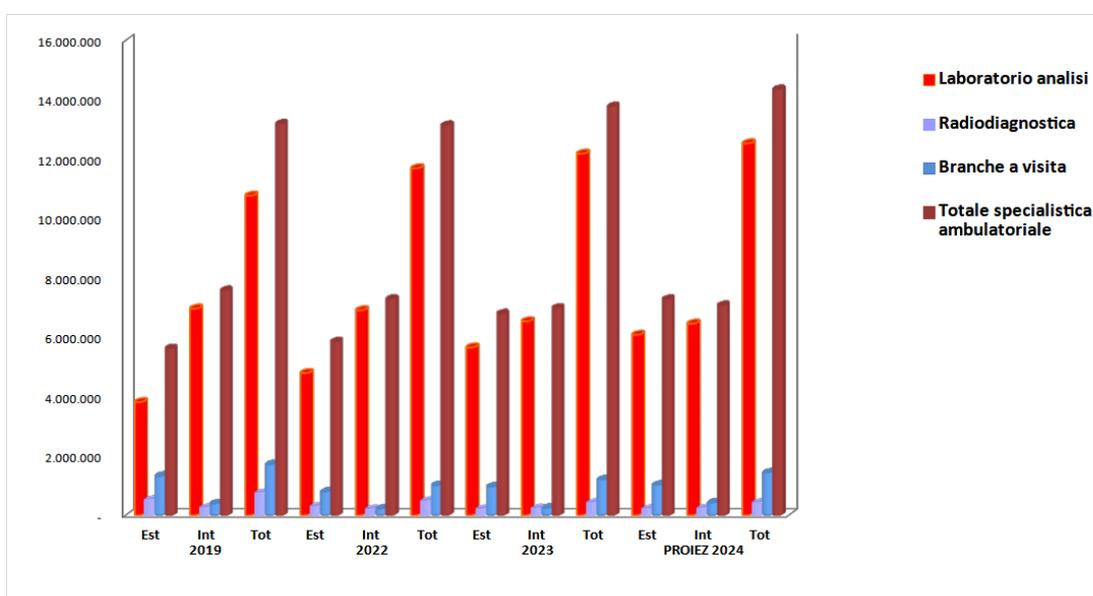
Con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale, le tabelle seguenti evidenziano una costante ripresa dell'attività che, nel 2020, a seguito della pandemia, aveva registrato una notevole riduzione (- 25%) sul 2019. Infatti, nel corso del 2022, l'attività specialistica ambulatoriale mostra un incremento sul 2021 pari al 7,3%, trend confermato anche nel 2023 con una ulteriore crescita del 4,7%, che ha consentito di superare i livelli di attività ante pandemia. Nel 2024 si stima un ulteriore incremento del 4,27% rispetto al 2023 dell'attività specialistica ambulatoriale.

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

	2022			2023		
	Est	Int	Tot	Est	Int	Tot
Laboratorio analisi	4.787.328	6.900.557	11.687.885	5.649.299	6.532.703	12.182.002
Radiodiagnostica	275.634	183.654	459.288	184.252	210.568	394.820
Branche a visita	788.602	206.797	995.399	953.331	236.177	1.189.508
Totale specialistica ambulatoriale	5.851.564	7.291.008	13.142.572	6.786.882	6.979.448	13.766.330



	I SEM 2024			PROIEZ 2024		
	Est	Int	Tot	Est	Int	Tot
Laboratorio analisi	3.038.051	3.225.975	6.264.026	6.076.102	6.451.950	12.528.052
Radiodiagnostica	94.377	105.854	200.231	188.754	211.708	400.462
Branche a visita	507.159	205.533	712.692	1.014.318	411.066	1.425.384
Totale specialistica ambulatoriale	3.639.587	3.537.362	7.176.949	7.279.174	7.074.724	14.353.898



Tempi Di Attesa

In tutti i sistemi sanitari il problema dei tempi di attesa è tra quelli più sentiti dai cittadini. Con riferimento al governo delle liste d'attesa, è stato adottato il Piano attuativo aziendale, in linea con le indicazioni regionali di cui alla D.G.R. n. 262/2023 e, compatibilmente con i vincoli di bilancio, sono state assicurate le risorse per l'attuazione dello stesso.

Nel 2023, come evidenziato nelle relazioni periodiche del RULA, si è riscontrato un oggettivo incremento rispetto all'anno precedente della prenotabilità delle prestazioni a CUP. Tutte le prestazioni con priorità U e B sono state garantite nei tempi. Per le prestazioni con priorità D il miglioramento è evidente soprattutto per le branche a visita, mentre permangono criticità per le prestazioni con priorità P.



Nel 2024, dall'osservazione dei tempi di attesa aggregati per semestre, è emerso un generale incremento dell'offerta rispetto allo stesso periodo del 2023. Considerando tutti i codici oggetto di monitoraggio (UBDP), l'offerta nel primo semestre del 2024 è stata pari a 164.992 prestazioni, risultando un incremento del 14,5% (+ 20.879 rispetto al 1^a semestre 2023).

Nel 1^a semestre del 2024, tutte le prestazioni con priorità U e B sono garantite nei tempi. Per le prestazioni con priorità D si rilevano delle criticità solo sulle prime visite, anche se si è avuto un incremento significativo sull'offerta di queste ultime. Mentre permangono alcune criticità per le prestazioni con priorità P.

Tali criticità potranno, in parte, essere superate con l'utilizzo delle risorse integrative messe a disposizione dalla Regione Puglia con la D.G.R. n. 980 del 8.07.2024.

Si riportano di seguito i dati estrapolati dal sito *web* aziendale, con cui la ASL LE comunica ai cittadini quali sono i tempi di attesa nelle strutture sanitarie presenti sul proprio territorio.

La rilevazione dei tempi d'attesa riguarda le prestazioni indicate nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA). Sono considerate solo le prestazioni di primo accesso (le prestazioni di controllo non rientrano nel monitoraggio). Nella presentazione dei dati, si distingue fra tempi di attesa *ex ante* e tempi di attesa *ex post*: il tempo di attesa rappresenta l'attesa prospettata al cittadino al momento della prenotazione, il tempo di attesa rappresenta invece l'attesa effettiva, calcolata al momento dell'erogazione.

REGIONE PUGLIA - Monitoraggio dei Tempi di Attesa

Distribuzione delle prenotazioni (di Primo Accesso, con Garanzia dei tempi massimi) per Classi di Priorità, con percentuale di rispetto dei tempi massimi e media dei giorni di attesa

01-05 LUGLIO 2024 - ASL LECCE - Attività Istituzionale

TOTALE PRESTAZIONI PRENOTATE DI PRIMO ACCESSO CON GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI: 5.448 (su un totale di 5.790 prestazioni prenotate di Primo Accesso)

(sono comprese le prestazioni prenotate presso l'ASL LECCE e i privati accreditati)

Prog.	Prestazione	Totale Prestazioni Prenotate di 1° Accesso	Totale Prestazioni Prenotate di 1° Accesso con la Garanzia del Tempo Massimo (*)	U (Urgente)				B (Breve)				D (Differibile)				P (Programmata)							
				Max Giorni Attesa Per Priorità:																			
				3				10				30				60				120			
Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa				
1	Prima Visita cardiologica	254	247	6	6	100,00%	2	48	48	100,00%	6	49	14	28,57%	45				144	39	27,08%	236	
2	Prima Visita chirurgia vascolare	44	44					4	4	100,00%	6	2	2	100,00%	10				38	20	52,63%	172	
3	Prima Visita endocrinologica	196	187	12	10	83,33%	2	37	35	94,59%	7	36	16	44,44%	38				102	31	30,39%	222	
4	Prima Visita neurologica	208	162	2	2	100,00%	2	23	22	95,65%	8	28	9	32,14%	51				109	102	93,58%	91	
5	Prima Visita oculistica	348	336	11	10	90,91%	2	39	39	100,00%	8	32	21	65,63%	28				254	63	24,80%	211	
6	Prima Visita ortopedica	244	239	4	4	100,00%	3	30	30	100,00%	7	49	32	65,31%	29				156	94	60,26%	105	
7	Prima Visita ginecologica	159	153	2	2	100,00%	2	19	17	89,47%	7	17	16	94,12%	19				115	64	55,65%	97	
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	347	329	12	12	100,00%	2	42	42	100,00%	8	43	16	37,21%	42				232	83	35,78%	150	
9	Prima Visita urologica	77	69	4	4	100,00%	2	16	16	100,00%	7	10	4	40,00%	40				39	10	25,64%	255	
10	Prima Visita dermatologica	382	361	10	10	100,00%	1	46	44	95,65%	7	37	25	67,57%	29				268	63	23,51%	127	
11	Prima Visita fisiatrica	263	263					14	14	100,00%	7	30	18	60,00%	26				219	193	88,13%	55	
12	Prima Visita gastroenterologica	60	59	1	1	100,00%	3	6	6	100,00%	8	7	3	42,86%	34				45	12	26,67%	123	
13	Prima Visita oncologica	38	38					2	2	100,00%	2	1	1	100,00%	2				35	35	100,00%	2	
14	Prima Visita pneumologica	105	102	5	5	100,00%	2	12	11	91,67%	9	15	8	53,33%	36				70	37	52,86%	126	
15	Mammografia bilaterale	102	58					20	20	100,00%	8								38	38	100,00%	23	
16	Mammografia monolaterale	1																					
17	TC del Torace	146	140					27	26	96,30%	7					26	26	100,00%	14	87	58	66,67%	77
18	TC del Torace senza e con MDC	79	69	1	1	100,00%	1	13	11	84,62%	20					7	7	100,00%	28	48	10	20,83%	188
19	TC dell'addome superiore	4	4					1	1	100,00%	9								3	2	66,67%	59	
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	7	6					1	1	100,00%	8					2	2	100,00%	43	3	1	33,33%	170
21	TC dell'addome inferiore	3	3					2	2	100,00%	10								1	0	0,00%	164	
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	4	3													1	1	100,00%	26	2	0	0,00%	255
23	TC dell'addome completo	29	28					7	7	100,00%	8					6	6	100,00%	21	15	11	73,33%	59
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	86	77	1	1	100,00%	1	11	11	100,00%	7					9	9	100,00%	32	56	11	19,64%	146
25	TC Cranio - encefalo	89	89	6	6	100,00%	2	12	12	100,00%	6					14	14	100,00%	16	57	50	87,72%	34
26	TC Cranio - encefalo senza e con MDC	27	23					5	5	100,00%	7					2	2	100,00%	31	16	3	18,75%	160
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	7	7													2	2	100,00%	31	5	4	80,00%	36
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico	2	2																2	2	100,00%	7	
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale	18	18					4	4	100,00%	5					2	2	100,00%	32	12	10	83,33%	35
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	1	1																1	0	0,00%	161	
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC	1	1																1	0	0,00%	160	
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC	1	1																1	1	100,00%	31	
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	2	2																2	2	100,00%	12	
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	26	24					2	2	100,00%	10					6	6	100,00%	38	16	15	93,75%	75
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	15	14	2	2	100,00%	3	2	2	100,00%	8					4	4	100,00%	37	6	3	50,00%	305
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	5	5																5	0	0,00%	304	
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	29	28					2	2	100,00%	6					2	2	100,00%	8	24	4	16,67%	234
38	RM della colonna in toto																						
39	RM della colonna in toto senza e con MDC																						
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	185	179	2	2	100,00%	2	7	7	100,00%	7					17	17	100,00%	33	153	44	28,76%	228
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	6	6													1	1	100,00%	60	5	4	80,00%	81
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovra aortici	315	308	2	2	100,00%	1	1	1	100,00%	9					40	40	100,00%	22	265	202	76,23%	93
43	Ecografia dell'addome superiore	55	54					6	6	100,00%	9					2	2	100,00%	19	46	20	43,48%	190
44	Ecografia dell'addome inferiore	27	25					3	3	100,00%	7					3	3	100,00%	18	19	7	36,84%	207
45	Ecografia dell'addome completo	351	338	6	6	100,00%	2	24	23	95,83%	9					48	48	100,00%	25	260	166	63,85%	130
46	Ecografia bilaterale della mammella	140	79					23	23	100,00%	8								56	49	87,50%	58	
47	Ecografia monolaterale della mammella																						
48	Ecografia ostetrica	59	59													1	1	100,00%	11	58	46	79,31%	72

REGIONE PUGLIA - Monitoraggio dei Tempi di Attesa

Distribuzione delle **prenotazioni** (di *Primo Accesso*, con *Garanzia dei tempi massimi*) per Classi di Priorità, con percentuale di rispetto dei tempi massimi e media dei giorni di attesa
01-05 LUGLIO 2024 - ASL LECCE - Attività Istituzionale

TOTALE PRESTAZIONI PRENOTATE DI PRIMO ACCESSO CON GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI: 5.448 (su un totale di **5.790** prestazioni prenotate di Primo Accesso)
 (sono comprese le prestazioni prenotate presso l'ASL LECCE e i privati accreditati)

Prog.	Prestazione	Totale Prestazioni Prenotate di 1° Accesso	Totale Prestazioni Prenotate di 1° Accesso con la Garanzia del Tempo Massimo (*)	U (Urgente)				B (Breve)				D (Differibile)				P (Programmata)							
				3				10				30				60				120			
				Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa
49	Ecografia ginecologica	46	45					3	2	66,67%	8					5	5	100,00%	10	37	26	70,27%	73
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	294	288	6	6	100,00%	2	18	18	100,00%	7				44	44	100,00%	22	220	180	81,82%	79	
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	19	19					6	6	100,00%	7				2	2	100,00%	44	11	3	27,27%	565	
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica																						
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile																						
54	Esofagogastroduodenoscopia	39	37					6	6	100,00%	7				3	3	100,00%	9	28	6	21,43%	454	
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	5	5					1	1	100,00%	9				2	2	100,00%	60	2	0	0,00%	636	
56	Elettrocardiogramma	321	313	9	9	100,00%	1	51	51	100,00%	6				48	47	97,92%	38	205	87	42,44%	193	
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	113	112					7	5	71,43%	9				13	13	100,00%	24	92	83	90,22%	69	
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	28	26					1	1	100,00%	0				3	3	100,00%	7	22	6	27,27%	222	
59	Altri test cardiovascolari da sforzo																						
60	Esame audiometrico tonale	154	147					1	1	100,00%	10				7	7	100,00%	18	139	68	48,92%	128	
61	Spirometria semplice	47	45					4	4	100,00%	6				5	5	100,00%	30	36	22	61,11%	111	
62	Spirometria globale	15	15	1	1	100,00%	1	2	2	100,00%	5				3	3	100,00%	30	9	3	33,33%	196	
63	Fotografia del fundus																						
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE.	75	73												2	2	100,00%	2	71	11	15,49%	249	
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli.	85	81																81	15	18,52%	244	
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli.	2	2																2	1	50,00%	116	
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO.																						
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO.																						
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE.																						

Note

Il numero massimo di giorni di attesa per classe di priorità è coerente con quanto riportato nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).

(*) Non vengono considerate nel monitoraggio le prenotazioni per le quali il cittadino, per sua scelta, non accetta la data di prima disponibilità che gli viene proposta nei tempi massimi di attesa per la priorità, accettando invece un appuntamento che va oltre il tempo massimo di garanzia per la priorità.

REGIONE PUGLIA - Monitoraggio dei Tempi di Attesa

Distribuzione delle erogazioni (di Primo Accesso, con Garanzia dei tempi massimi) per Classi di Priorità, con percentuale di rispetto dei tempi massimi e media dei giorni di attesa

2° TRIMESTRE 2024 - ASL LECCE - Attività Istituzionale

TOTALE PRESTAZIONI EROGATE DI PRIMO ACCESSO CON GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI: 14.099 (su un totale di **37.293** prestazioni erogate di Primo Accesso)

(sono comprese le prestazioni erogate presso l'ASL LECCE e i privati accreditati)

Prog.	Prestazione	Totale Prestazioni Erogate di 1° Accesso	Totale Prestazioni Erogate di 1° Accesso con la Garanzia del Tempo Massimo (*)	U (Urgente)				B (Breve)				D (Differibile)				P (Programmata)							
				3				10				30				60				120			
				Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa
1	Prima Visita cardiologica	3.289	926	84	83	98,81%	1	430	400	93,02%	8	361	121	33,52%	40				51	50	98,04%	35	
2	Prima Visita chirurgia vascolare	7	6					3	2	66,67%	8	1	1	100,00%	24				2	2	100,00%	60	
3	Prima Visita endocrinologica	90	24	1	1	100,00%	2	8	8	100,00%	3	15	4	26,67%	39								
4	Prima Visita neurologica	2.120	590	38	36	94,74%	2	237	224	94,51%	6	301	181	60,13%	26				14	14	100,00%	16	
5	Prima Visita oculistica	2.587	645	83	81	97,59%	2	274	260	94,89%	9	276	137	49,64%	34				12	12	100,00%	22	
6	Prima Visita ortopedica	585	75					34	34	100,00%	0	41	41	100,00%	0								
7	Prima Visita ginecologica	1.333	265	19	18	94,74%	1	128	116	90,63%	7	114	62	54,39%	28				4	4	100,00%	1	
8	Prima Visita otorinolaringoiatrica	283	11	1	1	100,00%	1	2	1	50,00%	7	8	8	100,00%	7								
9	Prima Visita urologica	2	2					2	2	100,00%	5												
10	Prima Visita dermatologica	1.051	81	2	2	100,00%	1	29	29	100,00%	6	48	24	50,00%	33				2	2	100,00%	30	
11	Prima Visita fisiatrica	2.508	1.316	11	11	100,00%	0	35	34	97,14%	1	87	87	100,00%	0				1.183	1.183	100,00%	1	
12	Prima Visita gastroenterologica																						
13	Prima Visita oncologica																						
14	Prima Visita pneumologica	177	43	4	4	100,00%	1	12	11	91,67%	8	14	13	92,86%	18				13	12	92,31%	71	
15	Mammografia bilaterale	769	308	1	1	100,00%	0	179	171	95,53%	7				2	2	100,00%	0	126	126	100,00%	1	
16	Mammografia monolaterale	23	17					15	15	100,00%	3								2	2	100,00%	0	
17	TC del Torace	769	399	25	25	100,00%	1	141	138	97,87%	4				137	131	95,62%	29	96	96	100,00%	6	
18	TC del Torace senza e con MDC	668	500	18	16	88,89%	4	228	206	90,35%	7				204	196	96,08%	32	50	50	100,00%	4	
19	TC dell'addome superiore	9	4					2	2	100,00%	10				2	2	100,00%	45					
20	TC dell'addome superiore senza e con MDC	27	12					5	5	100,00%	3				5	5	100,00%	27	2	2	100,00%	25	
21	TC dell'addome inferiore	9	5					4	4	100,00%	5				1	1	100,00%	59					
22	TC dell'addome inferiore senza e con MDC	25	14					7	7	100,00%	4				4	4	100,00%	10	3	3	100,00%	0	
23	TC dell'addome completo	155	81	12	12	100,00%	1	29	28	96,55%	4				21	21	100,00%	19	19	19	100,00%	4	
24	TC dell'addome completo senza e con MDC	873	637	17	15	88,24%	3	311	286	91,96%	6				244	235	96,31%	29	65	65	100,00%	3	
25	TC Cranio - encefalo	517	269	43	43	100,00%	1	106	100	94,34%	4				57	55	96,49%	34	63	63	100,00%	11	
26	TC Cranio - encefalo senza e con MDC	280	244	8	8	100,00%	1	99	91	91,92%	6				115	113	98,26%	27	22	22	100,00%	7	
27	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale	146	65	6	4	66,67%	6	22	22	100,00%	3				14	14	100,00%	16	23	23	100,00%	0	
28	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico																						
29	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale																						
30	TC del rachide e dello speco vertebrale cervicale senza e con MDC	7	5					1	1	100,00%	0				4	4	100,00%	0					
31	TC del rachide e dello speco vertebrale toracico senza e con MDC																						
32	TC del rachide e dello speco vertebrale lombosacrale senza e con MDC																						
33	TC di Bacino e articolazioni sacroiliache	24	13					6	6	100,00%	2				2	1	50,00%	68	5	5	100,00%	0	
34	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare	371	255	3	3	100,00%	2	46	45	97,83%	3				68	66	97,06%	10	138	138	100,00%	0	
35	RM di encefalo e tronco encefalico, giunzione cranio spinale e relativo distretto vascolare senza e con MDC	209	133	10	7	70,00%	19	48	38	79,17%	10				41	38	92,68%	25	34	34	100,00%	0	
36	RM di addome inferiore e scavo pelvico	20	17					4	3	75,00%	11				6	6	100,00%	1	7	7	100,00%	0	
37	RM di addome inferiore e scavo pelvico senza e con MDC	209	143	4	1	25,00%	24	59	37	62,71%	13				62	59	95,16%	29	18	18	100,00%	7	
38	RM della colonna in toto	1.476	1.129	5	5	100,00%	2	158	140	88,61%	5				199	198	99,50%	5	767	767	100,00%	0	
39	RM della colonna in toto senza e con MDC	85	57	3	3	100,00%	1	25	19	76,00%	10				16	16	100,00%	15	13	13	100,00%	0	
40	Diagnostica ecografica del capo e del collo	898	332	14	13	92,86%	2	104	101	97,12%	4				140	138	98,57%	23	74	74	100,00%	2	
41	Eco (color) dopplergrafia cardiaca	174	108	4	4	100,00%	1	31	31	100,00%	2				20	19	95,00%	34	53	53	100,00%	0	
42	Eco (color) dopplergrafia dei tronchi sovra aortici	1.757	542	28	28	100,00%	1	65	60	92,31%	6				153	146	95,42%	25	296	296	100,00%	3	
43	Ecografia dell'addome superiore	250	111	13	13	100,00%	1	33	32	96,97%	5				48	42	87,50%	30	17	17	100,00%	6	
44	Ecografia dell'addome inferiore	130	49	5	5	100,00%	1	16	16	100,00%	5				17	17	100,00%	21	11	11	100,00%	1	
45	Ecografia dell'addome completo	2.244	846	71	63	88,73%	3	301	279	92,69%	6				276	270	97,83%	21	198	198	100,00%	1	
46	Ecografia bilaterale della mammella	848	335	2	2	100,00%	0	190	184	96,84%	7				9	9	100,00%	5	134	134	100,00%	1	

REGIONE PUGLIA - Monitoraggio dei Tempi di Attesa

Distribuzione delle erogazioni (di Primo Accesso, con Garanzia dei tempi massimi) per Classi di Priorità, con percentuale di rispetto dei tempi massimi e media dei giorni di attesa

2° TRIMESTRE 2024 - ASL LECCE - Attività Istituzionale

TOTALE PRESTAZIONI EROGATE DI PRIMO ACCESSO CON GARANZIA DEI TEMPI MASSIMI: 14.099 (su un totale di 37.293 prestazioni erogate di Primo Accesso)

(sono comprese le prestazioni erogate presso l'ASL LECCE e i privati accreditati)

Prog.	Prestazione	Totale Prestazioni Erogate di 1° Accesso	Totale Prestazioni Erogate di 1° Accesso con la Garanzia del Tempo Massimo (*)	U (Urgente)				B (Breve)				D (Differibile)				P (Programmata)							
				Max Giorni Attesa Per Priorità:				10				30				60				120			
				Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa	Nr.	Nr. Entro Tempo Max	% Entro Tempo Max	Media Giorni Attesa
47	Ecografia monolaterale della mammella	20	15					14	14	100,00%	6							1	1	100,00%	0		
48	Ecografia ostetrica	235	32	3	3	100,00%	0	11	10	90,91%	3			17	17	100,00%	17	1	1	100,00%	0		
49	Ecografia ginecologica	278	71	3	3	100,00%	0	43	40	93,02%	7			22	21	95,45%	30	3	3	100,00%	2		
50	Ecocolor doppler degli arti inferiori arterioso e/o venoso	1.252	541	43	43	100,00%	1	149	133	89,26%	7			114	114	100,00%	21	235	235	100,00%	3		
51	Colonscopia totale con endoscopio flessibile	307	214	1	0	0,00%	4	109	90	82,57%	13			98	81	82,65%	52	6	6	100,00%	17		
52	Polipectomia dell'intestino crasso in corso di endoscopia sede unica	5	4	4	4	100,00%	0																
53	Rettosigmoidoscopia con endoscopio flessibile	2																					
54	Esofagogastroduodenoscopia	409	188	4	4	100,00%	1	88	76	86,36%	12			92	90	97,83%	32	4	4	100,00%	14		
55	Esofagogastroduodenoscopia con biopsia in sede unica	57	38					17	15	88,24%	7			21	17	80,95%	59						
56	Elettrocardiogramma	3.324	1.344	151	150	99,34%	1	602	571	94,85%	7			513	498	97,08%	36	78	77	98,72%	26		
57	Elettrocardiogramma dinamico (Holter)	822	223	12	11	91,67%	2	95	88	92,63%	10			74	72	97,30%	27	42	42	100,00%	28		
58	Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	249	54	1	1	100,00%	1	9	9	100,00%	2			43	43	100,00%	36	1	1	100,00%	0		
59	Altri test cardiovascolari da sforzo																						
60	Esame audiometrico tonale	963	143	18	18	100,00%	0	38	38	100,00%	5			82	81	98,78%	24	5	5	100,00%	29		
61	Spirometria semplice	595	197	8	8	100,00%	1	66	63	95,45%	6			107	104	97,20%	24	16	14	87,50%	61		
62	Spirometria globale	121	45	3	3	100,00%	0	13	12	92,31%	6			28	28	100,00%	18	1	1	100,00%	0		
63	Fotografia del fundus																						
64	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO SUPERIORE.	1.650	376	8	8	100,00%	0	18	18	100,00%	0			322	322	100,00%	1	28	28	100,00%	17		
65	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] PER ARTO INFERIORE fino a 4 muscoli.																						
66	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL CAPO fino a 4 muscoli.																						
67	ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG] DEL TRONCO.																						
68	VALUTAZIONE EMG DINAMICA DEL CAMMINO.																						
69	EMG DINAMICA DELL'ARTO SUPERIORE.																						

Note

Il numero massimo di giorni di attesa per classe di priorità è coerente con quanto riportato nel Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA).

(*) Non vengono considerate nel monitoraggio le prenotazioni per le quali il cittadino, per sua scelta, non accetta la data di prima disponibilità che gli viene proposta nei tempi massimi di attesa per la priorità, accettando invece un appuntamento che va oltre il tempo massimo di garanzia per la priorità.

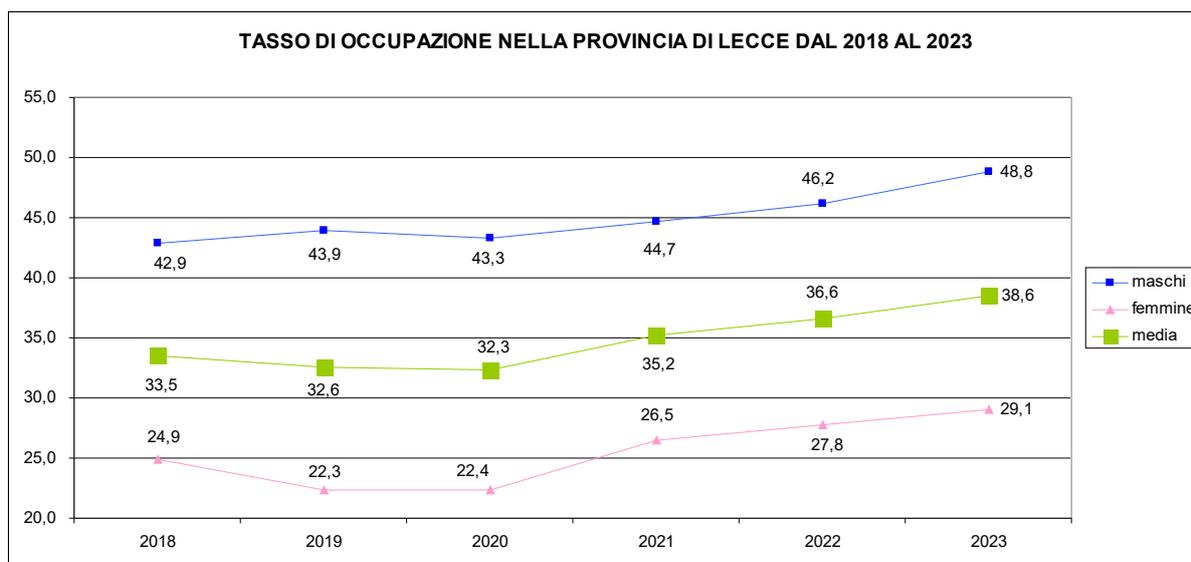


Condizioni socio-economiche prima e dopo la pandemia

L'associazione tra condizioni socio-economiche e salute di una popolazione è stata ampiamente dimostrata negli studi di settore.

La provincia leccese è stata caratterizzata per molti anni da elevati tassi di disoccupazione, che hanno spinto i giovani a cercare fortuna in altre regioni italiane.

Tuttavia, come si evince dal seguente grafico, dopo la pandemia del 2020, il tasso di occupazione maschile e femminile è in leggero aumento. Si pensi che dal 2020 al 2023 si è avuto un aumento del 5,6 del tasso di occupazione per gli uomini e del 6,7 per le donne, per un incremento medio complessivo del 6,2 (Fonte: ISTAT).



Osservazioni epidemiologiche

Analisi epidemiologica delle patologie oncologiche

I dati di seguito riportati sono estrapolati dal Registro Tumori 2024, che rappresenta un aggiornamento significativo e un ulteriore passo avanti nella mappatura e nell'analisi epidemiologica delle patologie oncologiche nel nostro territorio, permettendo di identificare le aree a maggior



rischio e consentendo alle istituzioni sanitarie di intervenire tempestivamente e in modo adeguato. Inoltre, le informazioni emergenti sulle correlazioni tra fattori ambientali, stili di vita e incidenza oncologica forniscono importanti spunti per promuovere campagne di sensibilizzazione e prevenzione a livello sia collettivo che individuale.

Nel quinquennio (2015-2019) il registro tumori ha individuato 24.909 nuove diagnosi di tumore, con una media di 4.982 nuove diagnosi di neoplasia ogni anno, delle quali 2.702 (54%) tra gli uomini e 2.280 (46%) tra le donne. Il registro tumori ha, inoltre, raccolto inoltre 5.724 carcinomi cutanei non melanomi e 637 neoplasie non maligne del sistema nervoso centrale.

Le neoplasie più frequenti nel genere maschile sono state quelle della prostata (447 casi ogni anno, pari al 17% del totale dei tumori maschili), seguite dalle neoplasie del polmone (445 casi/anno, 16% del totale), della vescica (367, 14% del totale), dai tumori del colon e del retto (348 casi, 13% del totale), e da quelli del distretto testa- collo (104 casi, 4% del totale).

Le neoplasie più frequenti nel genere femminile sono state quelle della mammella (646 casi ogni anno, pari al 28% del totale dei tumori femminili), seguite dalle neoplasie del colon-retto (299 casi, 13% del totale), del polmone (130, 6% del totale), della tiroide (115 casi, 5% del totale), e del corpo dell'utero (108 casi, 5% del totale).



Neoplasia	Numero casi/anno			TSD (Europa 2013) per 100.000		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Labbro	6	2	8	1,5	0,4	0,8
Lingua	11	7	18	2,8	1,4	2
Bocca	13	10	23	3,1	1,9	2,5
Ghiandole salivari	6	4	10	1,4	0,8	1,1
Orofaringe	10	3	13	2,5	0,7	1,5
Rinofaringe	5	2	7	1,2	0,4	0,8
Ipfaringe	6	2	8	1,5	0,3	0,8
Faringe NAS	1	1	2	0,4	0,2	0,2
Testa e collo	104	37	141	25,7	7,3	15,6
Esofago	13	5	18	3,2	1,1	2
Stomaco	81	54	135	20	10,2	14,4
Intestino tenue	9	6	15	2,3	1,3	1,7
Colon	221	208	429	54,7	39	45,7
Retto e ano	127	91	218	31,4	17,5	23,5
Colon, retto e ano	348	299	647	86,1	56,5	69,2
Fegato	86	38	124	21,3	6,9	13,3
Vie biliari	32	38	70	7,9	6,8	7,3
Pancreas	75	79	154	18,5	14,5	16,4
Cavità nasale	5	3	8	1,2	0,5	0,8
Laringe	41	4	45	10,1	0,8	5
Polmone	445	130	575	110	25,5	62
Altri organi toracici	7	4	11	1,9	1	1,4
Osso	4	4	8	1	0,9	0,9
Pelle, melanomi	64	69	133	15,9	15,1	15,3
(a) Pelle, non melanomi	657	488	1145	162,5	94,4	122,8
Mesotelioma	10	3	13	2,6	0,6	1,5
Sarcoma di Kaposi	21	12	33	5,3	2	3,4
Tessuti molli	13	9	22	3,3	1,9	2,5

Approfondendo l'analisi dei tumori per distretto socio sanitario di appartenenza, si rileva quanto di seguito riportato:

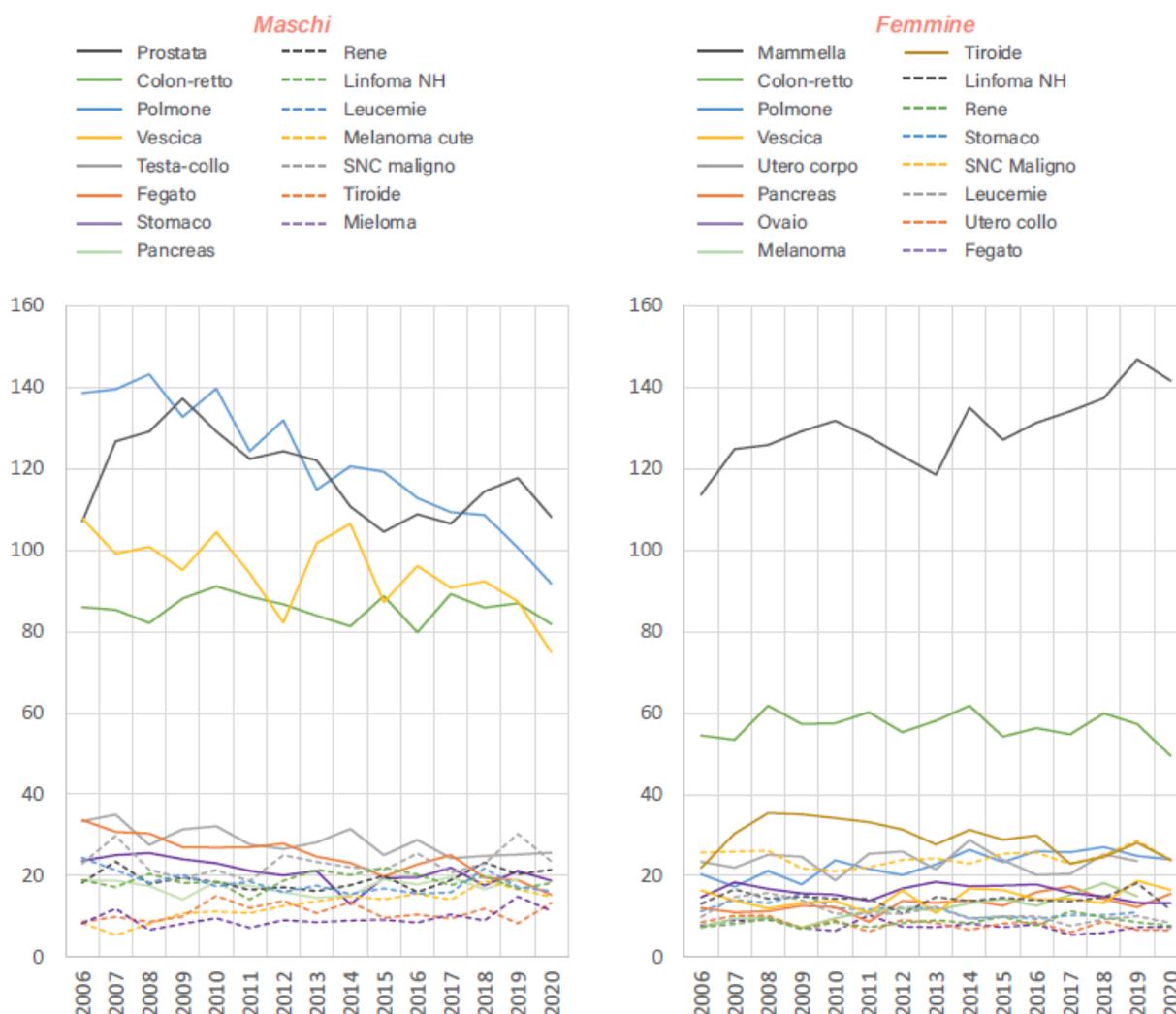
- neoplasie del polmone: in un contesto di elevata incidenza rispetto alla media regionale, nel genere maschile si evidenziano in particolare gli eccessi osservati nei DSS di Galatina e Poggiardo e la minore incidenza per il DSS di Campi Salentina. Nel genere femminile si evidenzia un particolare eccesso per il DSS di Lecce e, nuovamente, una minore incidenza nel DSS di Campi Salentina;
- neoplasie della mammella: rispetto ad un tasso medio provinciale inferiore alla media regionale, si segnala una incidenza lievemente superiore alla media dell'ASL Lecce per il DSS di Gagliano del Capo. Il DSS di Martano mostra invece tassi inferiori in modo significativo;
- neoplasie del colon-retto: ad eccezione del DSS di Gagliano del Capo, nel genere maschile, non si osservano variazioni degne di nota per tali neoplasie;



- neoplasie del fegato: in un contesto di sostanziale minore incidenza rispetto alla media regionale, si evidenziano i tassi significativamente inferiori nei DSS di Martano, tra gli uomini e di Nardò, tra le donne;
- neoplasie della vescica: non emergono aree a sostanziale differente incidenza. Il rischio medio permane superiore alla media regionale, unica eccezione è il DSS di Galatina, che appare con tassi sostanzialmente inferiori alla media provinciale seppure in un contesto di estrema variabilità;
- neoplasie della tiroide: in un contesto di grande variabilità, soprattutto nel genere maschile, si osservano tassi più elevati nel DSS di Casarano;
- neoplasie della prostata: per questa neoplasia si rileva un lieve eccesso di incidenza nel DSS di Maglie.

Andamenti temporali

Interessante è l'analisi condotta sull'andamento dei tumori nel tempo. Si riportano di seguito gli andamenti storici dei tassi standardizzati principali neoplasie dal 2006 al 2020, anno in cui si osserva una generalizzata ed artificiosa diminuzione dei tassi di incidenza.



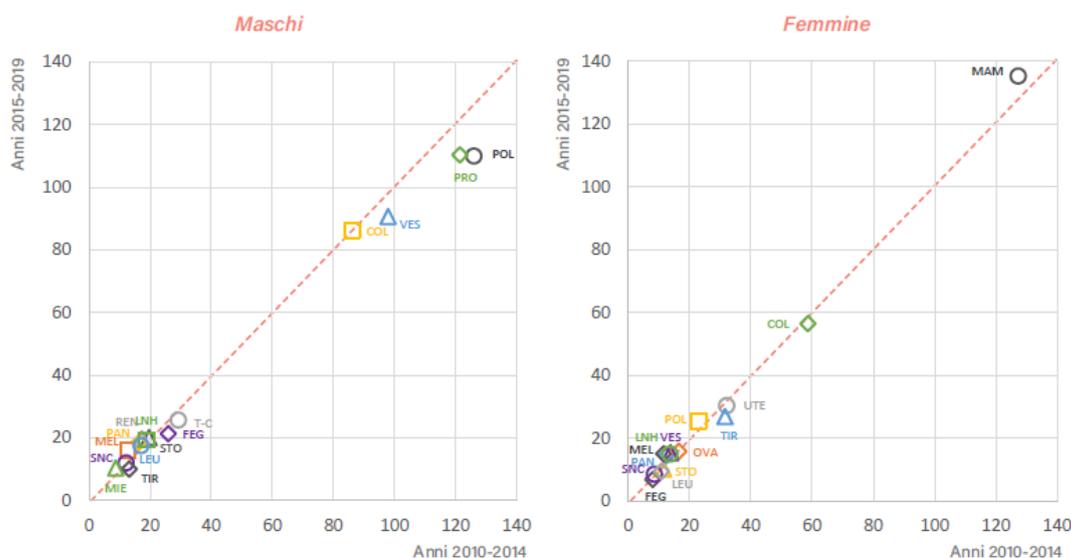
Si analizza, inoltre, tramite un confronto diretto, la variazione dei tassi per neoplasia nei quinquenni 2010-2014 e 2015-2019, suddivisi per sesso:

- neoplasie del polmone. Si conferma negli anni un deciso decremento dei tassi nel genere maschile: il decremento dei tassi è di poco inferiore al 2% ogni anno. Si consolida inoltre l'incremento dei tassi standardizzati femminili (fino ad oltre +5%/anno nell'ultimo decennio);



- neoplasie della prostata. A fronte di un chiaro andamento decrescente partito già dal 2009 si evidenzia negli ultimi anni, una ripresa dei tassi di incidenza (fino al 2019) che merita una conferma con osservazioni successive;
- neoplasie dello stomaco. I tassi sono in chiara diminuzione in entrambi i generi (-3%/anno in entrambi i generi). riproducendo una tendenza comune in ambito nazionale e non solo;
- neoplasie del distretto testa-collo. I tassi di incidenza sono complessivamente stabili nel genere maschile. Per il genere femminile si osservano tassi in aumento seppur variabili;
- neoplasie del colon e del retto. I tumori coloretali mostrano tassi stabili in entrambi i generi, confermando l'assenza di variazioni rilevanti nel tempo;
- neoplasie del fegato. Si osserva un calo dell'incidenza in entrambi i generi, più evidente in quello femminile (quasi 4%/anno);
- neoplasie del pancreas. I tassi non mostrano chiare tendenze, essendosi stabilizzati negli ultimi anni per entrambi i generi;
- melanoma cutaneo. In entrambi i generi si conferma un forte aumento dell'incidenza compreso tra il 5-7% ogni anno;
- neoplasie della mammella. I tassi dei tumori mammari femminili sono in aumento piuttosto stabile (1,5%/anno);
- neoplasie della tiroide. Si conferma l'andamento in aumento in entrambi i generi.

I trend delle altre neoplasie sono più variabili e/o da considerarsi sostanzialmente stabili nel tempo.

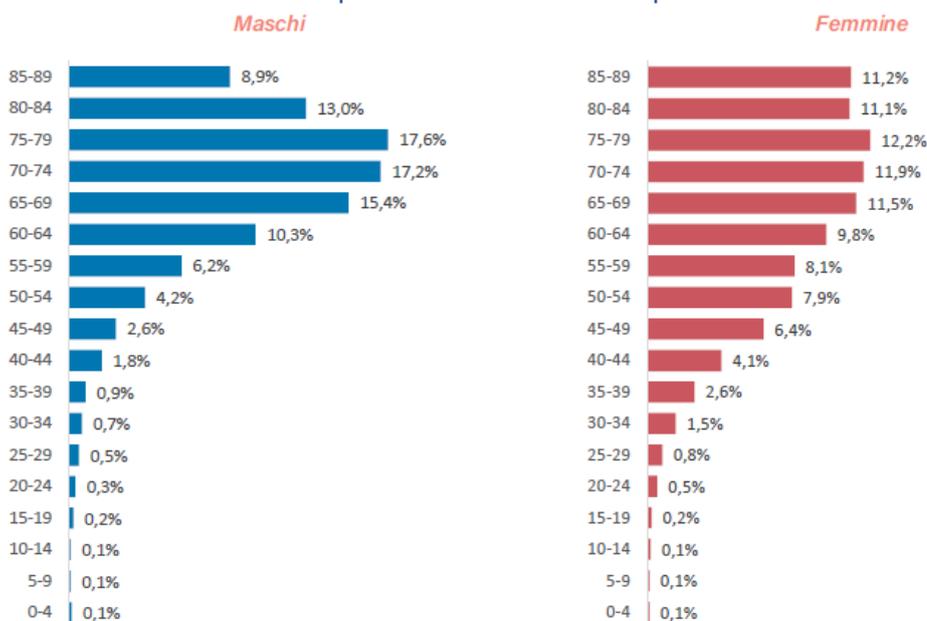




Età alla diagnosi

Come si evince dal seguente grafico, la grande parte delle neoplasie registrate, sopra al 92% tra gli uomini e quasi l'84% tra le donne, è diagnosticato in soggetti di età dai 50 anni in su. Tra gli uomini, il 56% delle diagnosi avviene in soggetti con 70 anni o oltre, il 36% tra 50 e 69 anni. Tra le donne, il 46% delle diagnosi avviene in soggetti con 70 anni o oltre, il 37% tra 50 e 69 anni. Meno dell'1% dei casi insorge prima dei 25 anni, tra questi 3 casi su 1000 insorgono in età infantile (prima dei 15 anni).

Distribuzione percentuale dei tumori per fasce d'età



L'andamento dell'età mediana è influenzata dall'invecchiamento della popolazione ma anche da cambiamenti nella pressione diagnostica e, nel lungo periodo, dalle mutazioni del rischio tra diverse generazioni. Si osserva un aumento dell'età alla diagnosi per i tumori del polmone e dello stomaco nel genere maschile. Per le altre neoplasie nessuna variazione di rilievo oppure andamenti piuttosto variabili che non consentono di trarre valutazioni complessive.



Età mediana in diversi periodi per alcune neoplasie selezionate

	Maschi			Femmine		
	2005-2009	2010-2014	2015-2019	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Testa-collo	66	66	68	69	70	70
Stomaco	71	72,5	73	75	75	75
Colon-retto	71	72	73	73	74	74
Fegato	71	72	71	77	77	77
Polmone	71	72	73	71	71	70
Melanoma cute	60	63	63	58	61	57
Mammella				61	62	62
Utero, collo				56	58,5	55
Utero, corpo				65	66	65
Ovaio				65	65	64
Prostata	71	71	71			
Rene	66,5	65	66,5	69	71	70
Vescica ^[1]	72	72	74	74	75	75
SNC maligno	65	64	67	71	70	70
Tiroide	51	48	51,5	49	48	48
Linfoma non Hodgkin	66	64	69	65	66	68
Mieloma	71	72	71	72,5	71,5	71
Leucemie	69	69	70	70	73	72
Totale^[2]	71	71	71	67	68	68

[1] include anche i tumori uroteliali non infiltranti, in situ e le neoplasie uroteliali papillari di incerto potenziale di malignità.

[2] Esclude i tumori epiteliali, non melanomatosi, della cute e i tumori non maligni del sistema nervoso centrale

L'età influenza anche il tipo di neoplasia diagnosticata. In età infantile le neoplasie più frequenti sono le neoplasie del sistema nervoso centrale e le leucemie. A partire dall'adolescenza e prima dei 30 anni prevalgono le neoplasie del testicolo nei maschi e della tiroide nelle femmine, oltre ai linfomi di Hodgkin. Dai 30 ai 49 anni i tumori più diagnosticati sono nuovamente quelli del testicolo tra gli uomini e della mammella tra le donne, oltre ai tumori della tiroide in entrambi i generi. I tumori mammari rimangono le neoplasie più diagnosticate nel genere femminile per le età più avanzate, seguiti dai tumori coloretali. Tra gli uomini prevalgono i tumori prostatici prima dei 70 e del polmone da 70 anni di età ed oltre.



I tumori più frequenti in percentuale per fasce d'età e per genere

		0-14 anni	15-29 anni	30-49 anni	50-69 anni	70+ anni	Totale
Maschi	1°	SNC totale ⁽¹⁾ 32,7%	Testicolo 36,2%	Testicolo 12,3%	Prostata 19,1%	Polmone 19,2%	Prostata 16,6%
	2°	SNC totale 17,3%	LH 12,8%	Tiroide 8,8%	Polmone 14,7%	Prostata 16,9%	Polmone 16,5%
	3°	LNH 7,7%	Tiroide 10,1%	Melanoma 8,3%	Colon-retto 12,4%	Vescica 15,2%	Vescica 13,6%
	4°	Gh. Endocrine 5,8%	LNH 6,7%	Vescica 8,2%	Vescica 12,3%	Colon-retto 14%	Colon-retto 12,9%
	5°	Testicolo 5,8%	Melanoma 4,7%	Colon-retto 7,8%	Testa e collo 4,8%	MMPC e SMD 4%	Testa e collo 3,8%
Femmine	1°	SNC totale ⁽¹⁾ 27,3%	Tiroide 37,6%	Mammella 43,4%	Mammella 33,3%	Mammella 20,5%	Mammella 28,3%
	2°	Leucemie 13,6%	LH 19,1%	Tiroide 14,7%	Colon-retto 11,3%	Colon-retto 17,9%	Colon-retto 13,1%
	3°	Rene 9,1%	Melanoma 7,5%	Melanoma 6,2%	Corpo utero 7,2%	Polmone 6,3%	Polmone 5,7%
	4°	Org. Toracici 9,1%	Mammella 6,4%	Ovaio 4,3%	Polmone 6,4%	Pancreas 5,4%	Tiroide 5%
	5°	Osso 6,8%	MMPC e SMD 5,2%	Colon-retto 3,9%	Tiroide 5,3%	Vescica 5,1%	Corpo utero 4,8%

⁽¹⁾ per i tumori infantili si includono i tumori non maligni

Acronimi:

LH = Linfoma di Hodgkin;

LNH = Linfoma non Hodgkin;

MMPC e SMD = altre Malattie Mieloproliferative croniche e sindromi mielodisplastiche;

SNC= Sistema Nervoso Centrale

Rapporto maschi: femmine

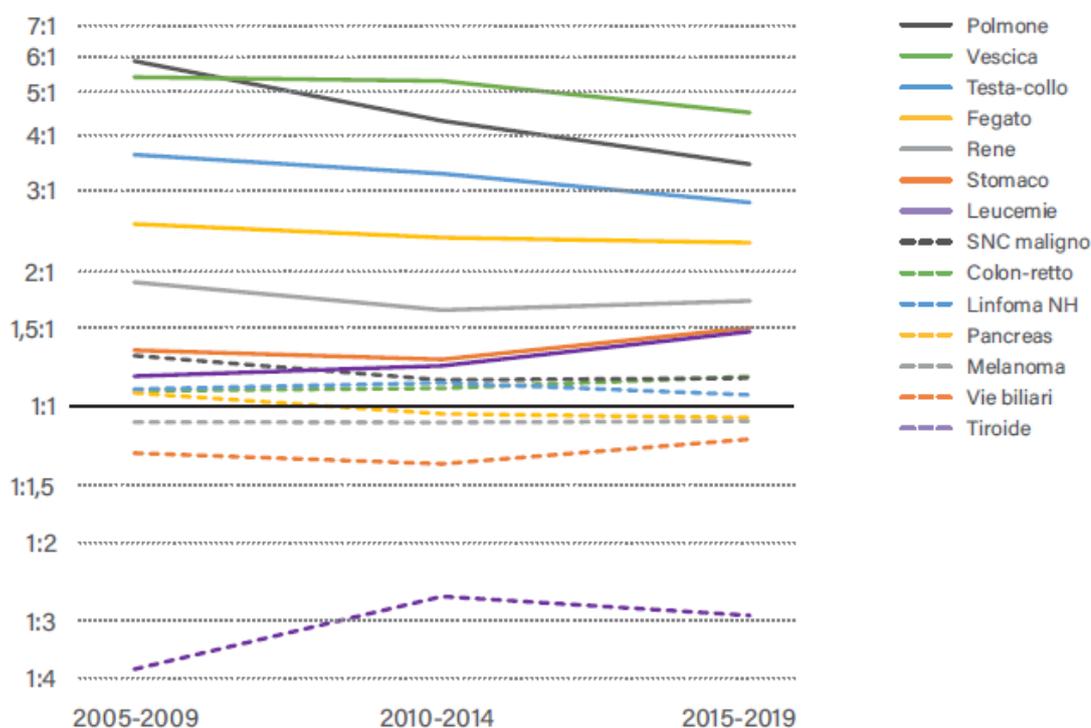
Le neoplasie che possono insorgere con una certa frequenza in entrambi i generi sono spesso più frequenti tra gli uomini che tra le donne, tuttavia questa differenza, nel corso degli anni appare sempre meno marcata.

Le neoplasie del polmone, della vescica e del distretto testa-collo sono molto più comuni nel genere maschile. Il rapporto maggiore tra maschi e femmine si è osservato per i tumori del polmone nel 2005-2009 con un rapporto tra casi maschili e femminili di quasi 6:1, tale rapporto è tuttavia fortemente calato, diventando pari a 3-4:1 nell'ultimo periodo a causa soprattutto dei due trend contrastanti tra i due generi. Le neoplasie vescicali mostrano un rapporto tra casi maschili e femminili di 5:1 e mostra segni di diminuzione. Le neoplasie del distretto testa-collo sono passate da un rapporto maschi:femmine di quasi 4:1 a un rapporto inferiore a 3:1 nell'ultimo periodo.



Tra le neoplasie che colpiscono più frequentemente il genere femminile vi sono quelle tiroidee, con un rapporto tra casi maschili e casi femminili di 1:4 nel 2003-2007, salito a 1:3 nell'ultimo periodo.

Rapporto maschi: femmine nei casi diagnosticati per alcune neoplasie selezionate.



Screening

La prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, cioè tra le prestazioni essenziali che devono essere garantite a tutti i cittadini nel nostro Paese. Anticipare la diagnosi di un tumore permette di intervenire tempestivamente con maggiori probabilità di guarigione e migliore qualità della vita delle persone.

Di seguito vengono riportati i dati relativi all'attività effettuata nella provincia di Lecce negli ultimi anni per ciascuno dei tre *screening* attualmente attivi.

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

Esame di 1° livello: mammografia

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

Screening cervice - uterino

Esame di 1° livello: Pap test/HPV Test DNA

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

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

Screening colon - rettoPopolazione eleggibile *target* nel 2024: n. 117.698 cittadini tra 50 e 69 anni

Esame 1° livello: FOB, Esame 2° livello: Colonscopia

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



3.2.3. IL CONTESTO INTERNO – GLI ORGANI AZIENDALI

Sono organi dell'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi dell'art. 3, comma 1-*quater* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale, organo di vertice dell'Azienda, ai sensi dell'art. 3, comma 1-*quater* e 6, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, di cui detiene la legale rappresentanza, e nomina i responsabili delle strutture operative. Ad esso compete inoltre la verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate - anche attraverso appositi sistemi di controllo interno che consentano valutazioni comparative dei costi, rendimenti e risultati - nonché la verifica dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa.

Il Collegio sindacale, disciplinato dal combinato disposto dell'art. 3-*ter* del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., dell'art. 19 del D. Lgs. n. 123/2011, dell'art. 12 della L.R. 36/1994 e s.m.i. e dell'art. 28 della L.R. n. 4/2010, è composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione con funzioni di Presidente, uno designato dal Ministero della Salute e uno nominato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Il Collegio Sindacale in base alla normativa vigente:

- a) vigila sull'osservanza della legge, sulla regolarità amministrativa e contabile, sulla gestione economico-finanziaria e patrimoniale dell'Azienda;
- b) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua almeno trimestralmente verifiche di cassa;
- c) controlla in particolare il bilancio di esercizio e la relazione annuale, esprimendo parere su tali documenti e sui criteri di formazione degli stessi;
- d) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- e) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa;
- f) i componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.



Il Collegio di Direzione è organo dell'Azienda sanitaria ai sensi degli artt. 3, comma 1 *quater*, e 17 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e concorre, in particolare, al governo delle attività cliniche dell'Azienda, alla pianificazione delle relative attività - ivi comprese la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria - ed alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.

L'istituzione del Collegio di Direzione quale organo delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale è stata disciplinata nel dettaglio dalla Legge Regionale n. 43/2014, definendone competenze, composizione e modalità di costituzione e funzionamento. In particolare, l'art. 2 della predetta Legge Regionale ha individuato le competenze del Collegio di Direzione delle ASL come di seguito:

- a) concorre al governo delle attività cliniche dell'azienda, formulando proposte ed esprimendo pareri dietro obbligatoria consultazione del Direttore generale in merito a tutte le questioni attinenti il governo delle attività cliniche;
- b) concorre alla pianificazione delle attività dell'azienda, ivi comprese la didattica e la ricerca, e allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'azienda, con particolare riferimento all'organizzazione dei servizi, alla valorizzazione delle risorse umane, alle attività di formazione continua degli operatori sanitari, alle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria;
- c) esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale per la parte relativa all'organizzazione delle attività cliniche;
- d) esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale della formazione, tenendo conto degli obiettivi formativi nazionali e regionali, nonché degli specifici bisogni formativi espressi dalle Aree e dai Dipartimenti aziendali e dalle categorie di operatori, ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- e) esprime parere obbligatorio sul piano aziendale annuale per la gestione del rischio clinico ai fini della successiva approvazione da parte del Direttore generale;
- f) partecipa alla definizione dei requisiti di appropriatezza e qualità delle prestazioni, nonché degli indicatori di risultato clinico-assistenziale, e concorre alla conseguente valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati.



3.2.4. IL CONTESTO INTERNO – LA DIREZIONE STRATEGICA

La Direzione Strategica costituisce il *Top Management* dell’Azienda ed è composta dal Direttore Generale, quale organo monocratico di vertice, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

I Direttori amministrativo e sanitario collaborano, in base alle specifiche responsabilità, con il Direttore generale per assicurare, sulla base degli indirizzi di politica sanitaria della Regione, la direzione strategica dell’Azienda attraverso le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo.

Ai sensi dell’art. 3, commi 1-*quater*, 1-*quinquies* e 7 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., il Direttore generale viene coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore sanitario e dal Direttore amministrativo dell'Azienda, i quali sono nominati dallo stesso Direttore generale e “*partecipano, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale*”.

In particolare, il Direttore Sanitario “*dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza*”, mentre il Direttore amministrativo “*dirige i servizi amministrativi dell’Unità sanitaria locale*”.

3.2.5. IL CONTESTO INTERNO – L’ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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



3.3. Obiettivi Strategici

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

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

Tra i documenti di indirizzo e programmazione nazionale si richiamano:

- Patto per la Salute 2014 - 2016, Intesa Conferenza Stato, Regioni, Province Autonome, del 10 luglio 2014;
- Decreto Ministero della Salute 02 aprile 2015, n. 70, di adozione del "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera*";
- Piano Nazionale della Cronicità - Accordo tra Stato, Regioni e Province Autonome, del 15 settembre 2016;
- D.P.C.M. 12/01/2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*";
- Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa per il triennio (PNGLA) 2019-2021, Presidenza del Consiglio dei Ministri 20.02.2019, approvato con accordo Stato - Regioni del 21 febbraio 2019;
- Patto per la Salute 2019 - 2021, Intesa Conferenza Stato, Regioni, Province Autonome, del 18 dicembre 2019;
- Piano Nazionale per la prevenzione (PNP) 2020-2025, Intesa Conferenza Stato, Regioni e le Province Autonome, del 6 agosto 2020;
- Piano di Controllo Nazionale Pluriennale 2023-2027, Intesa Conferenza Stato, Regioni, Province Autonome, del 22 marzo 2023 n. 55/CSR;
- Decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, "*Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti*", convertito con modificazioni dalla L. 1 luglio 2021, n. 101;
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato il 13 luglio 2021 dal Consiglio ECO-FIN dell'UE;
- Decreto Ministero della Salute 20 gennaio 2022, "*Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari*";



- Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, con cui viene adottato il "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*".

Tra i documenti di indirizzo e programmazione regionale si richiamano:

Indirizzi regionali sulla prevenzione

- Deliberazione della Giunta Regionale n. 2194/2017, come da ultimo integrata e modificata con D.G.R. 19 settembre 2022, n. 1264, "*Piano Coordinato Regionale Pluriennale in materia di sicurezza alimentare 2022-2023 ai sensi del Reg UE 2017/625 – Modifica ed integrazione delle procedure e dei criteri operativi per il controllo ufficiale di cui all'allegato A D.G.R. 2194/2017 e s.m.i.*";
- Deliberazione della Giunta Regionale 7 agosto 2020, n. 1332, approvazione del Documento Tecnico "*Organizzazione dei programmi di screening oncologici nella Regione Puglia*";
- Deliberazione della Giunta Regionale 22 dicembre 2021, n. 2198, ad oggetto "*Intesa Stato Regioni n. 131 del 6.8.2020 rep. Atti 127/CSR concernente il Piano Nazionale per la Prevenzione (PNP) 2020 – 2025. Approvazione del documento programmatico "Piano Regionale della Prevenzione 2021 – 2025"*".

Indirizzi sui servizi territoriali

- Deliberazione della Giunta Regionale 30 ottobre 2018, n. 1935, che approva il "*Modello di gestione del paziente cronico "Puglia Care". Governo della domanda e presa in carico dei pazienti cronici – Determinazioni*";
- Deliberazione della Giunta Regionale 18 aprile 2019, n. 735, "*Adozione del Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (Triennio 2019/2021) in attuazione delle disposizioni del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa ai sensi dell'Intesa Stato-Regioni del 21/02/2018*";
- Deliberazione della Giunta Regionale 6 marzo 2023, n. 262, ad oggetto "*L.R. n. 13/2019 – D.G.R. n. 735/2019 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa – Linee di indirizzo per l'aggiornamento e la rimodulazione dei Programmi attuativi aziendali per il recupero delle liste di attesa – Approvazione*";
- Deliberazione della Giunta Regionale 13 novembre 2023, n. 1568, ad oggetto "*D.G.R. n. 262 del 06/03/2023 – Disposizioni attuative e modalità organizzative per il recupero delle liste di attesa ai sensi del decreto – legge 29 dicembre 2022 n. 198 coordinato con la legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14*";
- Deliberazione della Giunta Regionale 15 febbraio 2022, n. 134, ad oggetto "*Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi*



dell'art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6";

- Deliberazione della Giunta Regionale 11 maggio 2022, n. 688, ad oggetto "Approvazione Rete Assistenziale Territoriale in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza - D.M. 20 gennaio 2022 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.134 del 15/02/2022".
- Deliberazione della Giunta Regionale 26 maggio 2022, n. 763, ad oggetto "D.G.R. 688/2022. PNRR Missione 6 "Salute". Sottoscrizione del Contratto Interistituzionale di Sviluppo. Autorizzazione";
- Deliberazione della Giunta Regionale 19 luglio 2022, n. 1023, ad oggetto "PNRR Missione 6 Salute. Assegnazione risorse alle Aziende Sanitarie - Delega attività ai sensi dell'art. 5 del CIS".
- Deliberazione della Giunta Regionale 14 dicembre 2022, n. 1868, e Deliberazione della Giunta Regionale 30 novembre 2023, n. 1729, con le quali è stato approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto "Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022".

Indirizzi sul riordino della rete ospedaliera

- Regolamento Regionale 22 novembre 2019, n. 23, approvazione Piano di "Riordino ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n° 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016-2017";
- Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14, approvazione Piano di "Potenziamento della rete ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34. Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019";
- Deliberazione della Giunta Regionale 3 luglio 2023, n. 919, con la quale la Regione Puglia, in attuazione della D.G.R. n. 412/2023, ha approvato lo schema di Regolamento recante "Modifica del Regolamento regionale n.14/2020 – Aggiornamento Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015. Recupero mobilità passiva. Modifica D.G.R. n. 1439/2018";
- Deliberazione della Giunta Regionale 31 luglio 2023, n. 1119, "Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto "Modifica e integrazione del Regolamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020". Modifica DGR n. 919 del 03/07/2023 Allegato A – Distribuzione posti letto autorizzati all'esercizio";
- Deliberazione della Giunta Regionale 3 ottobre 2024. n. 1384, "Approvazione definitiva Regolamento Regionale "Aggiornamento della Rete ospedaliera ai sensi del D.M. n. 70/2015 – Approvazione Schema di Regolamento avente ad oggetto "Modifica e integrazione del Re-



golamento regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020". Modifica ed integrazione deliberazione di Giunta regionale n. 1119 del 31/07/2024".

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

- D.G.R. 2 agosto 2019, n. 1487 “*Schemi di contratto approvati con la D.G.R. n. 320 del 13/3/2018 per i Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. - Integrazione e nuova approvazione*”.
- D.G.R. 6 febbraio 2023, n. 78, “*D.Lgs. 171/2016 - L.R. n. 15/2018. Nomina Direttore Generale dell’ASL LE*”;
- D.G.R. 13 novembre 2023, n. 1558, “*Definizione e assegnazione degli obiettivi economico – gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere – Universitarie del S.S.R. biennio 2023 – 2024*”.

OBIETTIVI DA D.G.R. 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 Inno-vaPuglia S.p.A. ovvero della CONSIP.

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

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

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

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

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

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

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

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

OBIETTIVI DA D.G.R. N. 78/2023 DI NOMINA DEL DG - "Obiettivi di mandato":

Garanzia di impiego del sistema di contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati, nel rispetto delle di-



rettive regionali in materia nonché di quanto previsto dalla legge
Rispetto del Piano Esecutivo di Dettaglio (PED) e messa a punto di tutte le attività necessarie ai fini dell'implementazione e gestione del nuovo "Sistema informativo per il monitoraggio della spesa del Servizio Sanitario - MOSS"
Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera.
Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente e rideterminazione della dotazione organica secondo le linee guida regionali e la programmazione sanitaria
Rispetto degli obblighi in materia di farmaceutica stabiliti dalla Legge Regionale 24 marzo 2022, n. 7, e s.m.i.
Rispetto della soglia minima di riduzione della spesa farmaceutica per acquisto diretto di medicinali e gas medicali, nonché della soglia minima di riduzione della spesa per dispositivi medici
Riconduzione graduale, nel corso di un triennio, dei valori di spesa di cui ai punti 5 e 6 ai valori soglia stabiliti dalla normativa statale
Predisposizione di strumenti di monitoraggio aziendale dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti ecclesiastici e gli IRCCS, con particolare riferimento agli indicatori ex D.M. n. 70/2015, PNE e Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica
Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali
Attuazione del Piano di Controllo Regionale Pluriennale (PCRP) e rispetto delle relative frequenze di Controllo Ufficiale stabilite in materia di alimenti, mangimi, salute animale, sottoprodotti di origine animale, benessere degli animali, prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari
Attuazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025, ai sensi della D.G.R. n. 2198/2021 e s.m.i., per gli ambiti di competenza
Rispetto degli obblighi contenuti nei disciplinari, sottoscritti per la gestione dei fondi comunitari e/o nazionali, con particolare riferimento al pieno raggiungimento delle previsioni di spesa comunicate e dell'aggiornamento del sistema informativo di monitoraggio
Attuazione del Piano regionale per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, attraverso un sistema di monitoraggio periodico dei ricoveri e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale
Rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza ed anticorruzione ex L. 190/2012
Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati ai sensi dell'art. 8



quinqües D.Lgs. n. 502/92 nel rispetto delle linee guida, dei fondi di remunerazione e degli schemi-tipo di accordi contrattuali approvati dalla Giunta regionale

Nelle more della individuazione da parte della Regione Puglia degli obiettivi di performance delle Aziende Sanitarie Locali del S.S.R. per il triennio 2025 - 2027, vengono ripresi, in continuità e per quanto compatibili ed integrati con i successivi atti di programmazione regionale, gli obiettivi assegnati con DGR 13 novembre 2023, n. 1558, ad oggetto "Definizione e assegnazione degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliero-Universitarie del S.S.R. biennio 2023-2024":

MACRO AREA OBIETTIVO: ASSISTENZA OSPEDALIERA							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Qualificazione assistenza ospedaliera	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	Scheda H02Z _D.M. 12/03/2019	≥ 75%	Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività < 10 interventi annui
		SI	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario.	Scheda H04Z _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	
		SI	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post - operatoria inferiore a 3 giorni	Scheda H05Z _D.M. 12/03/2019	≥ 75%	
		SI	Efficacia / Appropriatazza clinica	Percentuale di pazienti (eta' 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Scheda H013C _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	
		NO	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici	(Σ dimessi drg M/ Σ dimessi) * 100	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	
		NO	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico	(Σ dimessi DH medici diagnostici/ Σ DH medici) * 100	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	DH diagnostici: Regime di ricovero = 2; DRG medico; Modalità dimissione ? 1; Diagnosi principale ? V580x o V581x; Motivo del ricovero: 1
		SI	Efficienza nell'erogazione	Attività trasfusionali (autosufficienza emocomponenti driver - globuli rossi, GR; autosufficienza di emoderivati - immunoglobuline, Fattore VIII, Fattore IX, albumina)	Scheda H08Za _D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	
		NO	Efficienza nell'erogazione / Appropriatazza organizzativa	Degenza media preoperatoria	Σ gg pre op. / Σ dimessi	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	Ricoveri per acuti in regime ordinario
		SI	Efficacia / Appropriatazza clinica / Sicurezza	Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno	Scheda H017C _D.M. 12/03/2019	< = 15%	
		SI	Efficacia / Appropriatazza clinica / Sicurezza	Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno	Scheda H018C _D.M. 12/03/2019	< = 25%	
		NO	Efficacia / Appropriatazza clinica / Sicurezza	Proporzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta	Protocollo 621 PNE (DM 70/2015)	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	
		NO	Efficacia / Appropriatazza clinica / Sicurezza	Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 50 interventi annui	Protocollo 104 PNE	≥ 75%	Nel calcolo non vengono considerati i reparti con volume di attività < 3 interventi annui
		Implementazione rete ospedaliera secondo disposizioni regionali		SI	Rispetto piano recupero liste d'attesa e adempimenti PNGLA	Rispetto tempi di attesa come da piano PNGLA e disposizioni regionali	
SI	Rispetto delle disposizioni in materia di rete ospedaliera e attuazione regolamento di riordino			Adeguamento della rete ospedaliera alle disposizioni regionali		SI/NO	



MACROAREA OBIETTIVO: ASSISTENZA TERRITORIALE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Qualificazione assistenza territoriale	ASL	SI	Appropriatezza clinica / Appropriatezza organizzativa	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	Scheda D222_D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	sulla base delle soglie NSG 2021
		SI	Efficacia / Appropriatezza clinica	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (> 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	Scheda D03C_D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente	
		SI	Efficienza/ Appropriatezza organizzativa	Intervallo Allarme – Target dei mezzi di soccorso	Scheda D092_D.M. 12/03/2019	21	
		SI	ADI – PNRR	Rispetto target PNRR come da disposizioni regionali		SI/NO	
		SI	Efficienza nell'erogazione / Appropriatezza organizzativa	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	Scheda D102_D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	Per il calcolo dell'indicatore è necessario che siano correttamente valorizzati i campi: Data di prenotazione, Data di erogazione della prestazione, Tipo accesso, Classi di priorità, Garanzia dei tempi massimi. La valorizzazione dei suddetti campi deve essere > 90%.
SI	Efficacia / Appropriatezza clinica	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Scheda D27C_D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend stabile o in diminuzione rispetto all'anno precedente			

MACROAREA OBIETTIVO: ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Qualificazione assistenza residenziale e semiresidenziale	ASL	SI	Efficienza / Appropriatezza organizzativa	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	Scheda D832a_D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	sulla base delle soglie NSG 2021
		SI	Efficienza / Appropriatezza organizzativa	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Scheda D802_D.M. 12/03/2019	se entro soglia, trend in aumento rispetto all'anno precedente	
		SI	Efficienza / Appropriatezza organizzativa	Sottoscrizione accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati nel rispetto delle disposizioni regionali e utilizzando lo schema-tipo di contratto regionale		SI/NO	

MACROAREA OBIETTIVO: RAPPORTI CON EROGATORI							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Qualificazione della spesa sanitaria	ASL	SI	Riorganizzazione dell'assistenza sanitaria primaria	Adozione Regolamento AFT		SI/NO	
		SI	Sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati entro il 30/04	Qualificazione della spesa attraverso acquisto di volumi e tipologie di prestazioni di ricovero e specialistica ambulatoriale, ai sensi del D.Lgs n. 502/92		SI/NO	

MACROAREA OBIETTIVO: ACCREDITAMENTO STRUTTURE PUBBLICHE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Qualificazione strutture pubbliche	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Qualità ed efficienza organizzativa	Strutture ospedaliere pubbliche – Predisposizione e trasmissione alla Regione ed al Servizio Qu.Ota – Aress delle autocertificazioni e griglie di valutazione relative ai percorsi di qualità di cui ai Manuali del RR 16/2019 – fase plan e fase do		SI/NO	



MACROAREA OBIETTIVO: RISCHIO CLINICO							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Implementazioni delle Raccomandazioni e monitoraggio del Rischio Clinico	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Garantire l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali (applicabili alla propria realtà aziendale) monitorandone l'attuazione	La valutazione è positiva qualora sia stato implementato, nell'arco di un triennio, il 90% delle Raccomandazioni (applicabili) con monitoraggio semestrale dell'attuazione		SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la sicurezza sanitaria e la gestione del rischio del paziente
		SI	Elaborare, attraverso la propria Unità Aziendale di Gestione del Rischio, la relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS) secondo le Linee di indirizzo predisposte dal Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente (CRRIS) istituito presso AreSS Puglia	Trasmissione da parte dei Direttori Generali al Centro Regionale per la Sicurezza Sanitaria e la gestione del rischio del paziente di una relazione annuale sugli eventi avversi ed il Piano Annuale Rischio Sanitario (PARS)		SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la sicurezza sanitaria e la gestione del rischio del paziente
		SI	Si promuovono e garantiscono l'attivazione di sinergie e collaborazioni formali tra Unità aziendale di gestione del Rischio e i soggetti responsabili di altre specifiche funzioni (rischio infettivo, sicurezza degli operatori, gestione qualità e accreditamento, sicurezza trasfusionale, governo clinico e appropriatezza delle cure, ecc.)	Costituzione di un Board aziendale dedicato alla sicurezza delle cure con realizzazione di almeno n. 2 progetti multidisciplinari per anno di attività		SI/NO	La valutazione sarà effettuata sulla base delle relazioni fornite dal Centro Regionale per la sicurezza sanitaria e la gestione del rischio del paziente

MACROAREA OBIETTIVO: MEDICINA DI GENERE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Formazione operatori sanitari	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Previsione obbligo formativo in medicina di genere	Organizzazione corso formativo	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	SI/NO	



ASL Lecce

PugliaSalute

Piano Integrato di
Attività e Organizzazione
PIAO 2025 - 2027

MACROAREA OBIETTIVO: PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Piano Regionale Prevenzione	ASL	SI	Completezza e qualità dei dati e realizzazione obiettivi PRP	Caricamento dati e documenti nella piattaforma nazionale PRP e raggiungimento obiettivi previsti dai Programmi del PRP (Questionario LEA 2021 – U.1.1)	1) Dati e documenti caricati entro i termini previsti dal Ministero / Dati e documenti previsti; 2) Raggiungimento obiettivi annuali del PRP	1) 100%; 2) 100%	Per gli obiettivi di ciascun programma del PRP si vedano le schede di dettaglio già nella disponibilità delle ASL
Flussi informativi dei Sistemi di sorveglianza	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Completezza e qualità dei dati	Livello di qualità, completezza e tempestività dei flussi informativi previsti dal questionario LEA, da disposizioni nazionali e regionali afferenti all'ambito di prevenzione e della promozione della salute (Questionario LEA + Obblighi informativi Puglia)	Rapporto percentuale tra livello atteso di completezza e qualità dei dati e livello rilevato	100%	Rappresenta il livello di completezza, qualità e tempestività nell'alimentazione dei flussi informativi dell'ambito prevenzione e promozione della salute gestiti mediante sistemi informativi nazionali e regionali
Prevenzione malattie infettive e vaccinazioni	ASL	SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (plio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib) (NSG – P01C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (3 dosi) e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	≥ 95%	Indicatore CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) (NSG – P02C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con la 1° dose e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	≥ 95%	Indicatore CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale pneumococcica (NSG – P03C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con ciclo completo, per età, per antipneumococcica e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	≥ 95%	Indicatore NO CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale anti-meningococcica C (NSG – P04C)	Rapporto percentuale tra: numero di soggetti entro i 24 mesi di età vaccinati con cicli completi (1 dose nel secondo anno di vita; ovvero tre dosi nel corso del primo anno di vita se a rischio) per anti-meningococcica C e numero totale di soggetti della rispettiva coorte di nascita (ossia nati 2 anni prima)	≥ 95%	Indicatore NO CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale anti-HPV (NSG – P05C)	Rapporto percentuale tra: numero di bambine nel corso del dodicesimo anno di vita vaccinate con cicli completi e numero di bambine della rispettiva coorte di nascita	≥ 95%	Indicatore NO CORE
		SI	Potenziamento attività di prevenzione vaccinale	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (NSG – P06C)	Rapporto percentuale tra: numero di vaccinazioni antinfluenzali stagionali effettuate nei soggetti di età > = 65 anni e popolazione residente degli ultra65enni	≥ 75%	Indicatore NO CORE



MACROAREA OBIETTIVO: PREVENZIONE SANITA' VETERINARIA							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Salute animale e igiene urbana e veterinaria	ASL	SI	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Livello di copertura di base delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, dell'alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino (NSG – P102)	$\% = (\% \text{ aziende bovine controllate per anagrafe } \times 0,1) + (\% \text{ aziende ovicaprine controllate per anagrafe } \times 0,05) + (\% \text{ capi ovicaprini controllati per anagrafe } \times 0,05) + (\% \text{ aziende suine controllate per anagrafe } \times 0,1) + (\% \text{ aziende equine controllate per anagrafe } \times 0,1) + (\% \text{ allevamenti apistici controllati per anagrafe } \times 0,1) + (\% \text{ esecuzione del PNAA } \times 0,03) + (\% \text{ controlli di farmacovigilanza veterinaria } \times 0,2)$	100%	CORE

MACROAREA OBIETTIVO: PREVENZIONE E SICUREZZA ALIMENTARE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Sicurezza Alimentare – Tutela della salute dei consumatori	ASL	SI	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca delle sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	Livello di copertura di base delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca delle sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale (NSG – P122)	$\% = (\% \text{ di copertura del PNR } \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale di residui fitosanitari } \times 0,4) + (\% \text{ di copertura del controllo ufficiale per la ricerca di additivi alimentari } \times 0,2)$	100%	CORE
		NO	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA registrati	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04	Numero di ispezioni e audit effettuati / numero di OSA Registrati Reg. CE 852/04 * 100	20%	
		SI	Attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli con esecuzione di controlli ufficiali sulla base di criteri e frequenza stabilita su OSA riconosciuti	Numero di controlli minimi su OSA riconosciuti ai sensi del Reg. CE 852/04 con tecniche di ispezione o audit / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 (NSG – P132)	Numero di ispezioni e audit effettuati / numero di OSA Riconosciuti Reg. CE 853/04 * 100	33%	NO CORE

MACROAREA OBIETTIVO: ASSISTENZA FARMACEUTICA							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Assistenza farmaceutica	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Consumo di farmaci sentinella /traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Rapporto tra consumo di farmaci in Dosi definite giornaliere (DDD) e popolazione residente nella ASL / Regione	Numeratore: consumo di farmaci in Dosi Definite Giornaliere (DDD) della popolazione residente. Denominatore: Popolazione residente. Fattore di scala: (x 1.000)	7263	sulla base delle soglie NSG 2021
Farmaceutica convenzionata	ASL	NO	Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata	Spesa netta DCR aziendale convenzionata, al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito sulla base della popolazione pesata della ASL) e addizionato al valore del ticket	Spesa netta DCR – PAYBACK + TICKET < tetto aziendale assegnato con delibera Giunta Regionale	100%	Rispetto del tetto di spesa farmaceutica convenzionata aziendale assegnato con DGR n. 499/2024
Farmaceutica acquisiti diretti	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Diminuzione della spesa farmaceutica convenzionata	Spesa farmaceutica Acquisiti diretti rilevata da flussi dei consumi aziendali al netto del valore del payback rilevato dal report AIFA spesa farmaceutica (ripartito in maniera proporzionale al tetto aziendale rispetto al fondo regionale) di vaccini e innovativi con accesso al fondo	Spesa netta acquisti diretti farmaci e gas medicali – PAYBACK -spesa netta vaccini – spesa netta farmaci innovativi con accesso al fondo < tetto aziendale assegnato con delibera Giunta Regionale	100%	Rispetto del tetto di spesa farmaceutica per acquisiti diretti aziendale assegnato con DGR n. 848/2024
Dispositivi medici	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Diminuzione della spesa per dispositivi medici	Spesa per acquisto diretto DM rilevata dai conti economici aziendali	Spesa netta acquisti diretti DM < tetto aziendale assegnato con delibera di Giunta Regionale	100%	Raggiungimento dell'obiettivo minimi di riduzione di spesa assegnato per l'anno di riferimento con DGR n. 849/2024



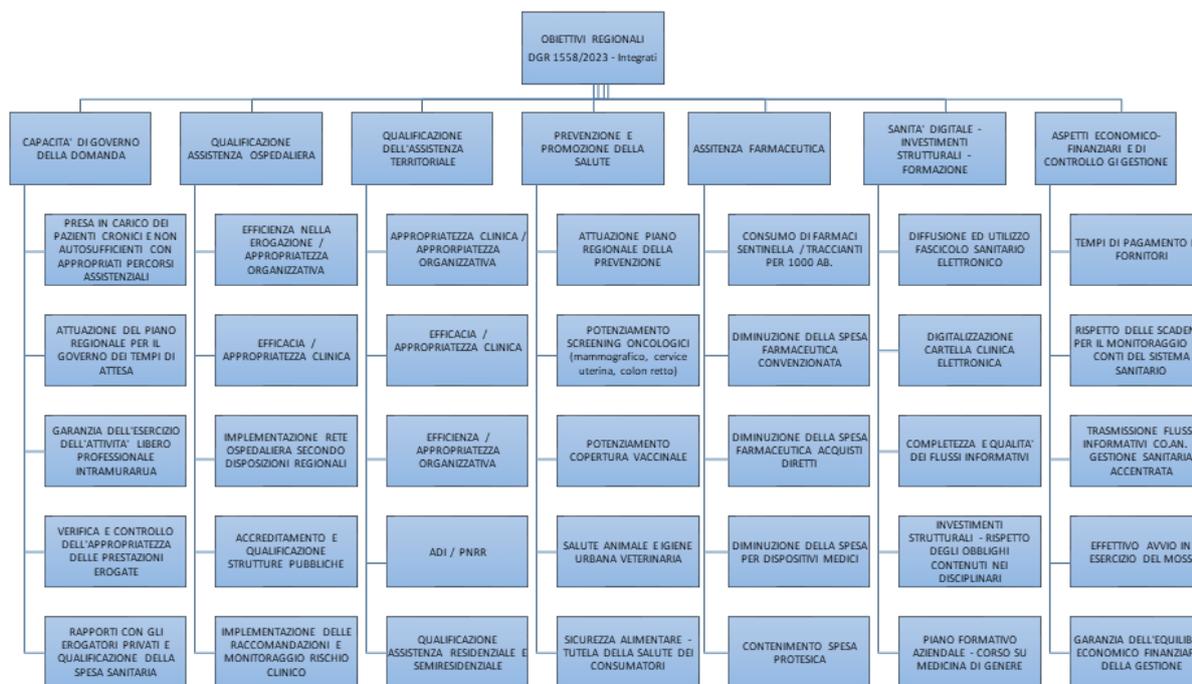
MACROAREA OBIETTIVO: ASPETTI ECONOMICO FINANZIARI E DI CONTROLLO DI GESTIONE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Tempi di Pagamento dei fornitori (OBBLIGATORIO PER LEGGE)	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Riduzione tempi pagamento	Indice di Tempestività dei Pagamenti (ITP) calcolato secondo la formula di cui al DPCM 22/9/2014	Indice di tempestività dei pagamenti (ITP), ai sensi dell'art. 9 del DPCM del 22 settembre 2014, è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nei periodi di riferimento. Saranno considerate nel calcolo le fatture dell'anno oggetto della valutazione. Sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile, essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione	ITP < 0 -	Ai sensi dell'art. 1, comma 865, della legge n. 145/2018, la quota dell'indennità di risultato condizionata al predetto obiettivo non può essere inferiore al 30%
Rispetto delle scadenze per il monitoraggio dei conti del sistema sanitario		NO		Al fine del rispetto dell'equilibrio economico – finanziario e di quanto prescritto dal comma n. 174, art. 1 della Legge n. 311/2004, si rende necessario fissare alcune scadenze improcrastinabili che le Aziende del S.S.R. devono rispettare con riferimento al bilancio d'esercizio	1) Entro il 1 febbraio dell'anno successivo all'anno di riferimento – trasmissione, previo invio di apposite linee guida, dell'istruttoria economica con riferimento all'esercizio precedente: a) CE IV trimestre (modello NSIS) al lordo e al netto delle quote sociali; b) CE IV trimestre esteso in formato excel; c) tabella quadratura CE A0030 e CE A0070; d) riepilogo note di credito farmaci; e) dettagli su accantonamenti, voci straordinarie e svalutazioni; f) riepilogo tetti e spesa ospedaliera – specialistica da privato; g) dettaglio investimenti con fondi propri (excel e relazione); h) altri dettagli richiesti nelle LL.GG. 2) Entro il 15 marzo dell'anno successivo all'anno di riferimento – trasmissione, con riferimento all'esercizio economico dell'esercizio precedente, della bozza del modello CE e del modello SP. 3) Entro il 29 marzo dell'anno successivo all'esercizio di riferimento – trasmissione, con riferimento all'esercizio economico precedente, del modello CE e del modello SP definitivi	Rispetto delle scadenze del 2026 con riferimento all'esercizio economico 2025	
Gestione sanitaria accentrata	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Quadratura tra contabilità analitica e contabilità generale	Trasmissione, entro il 30 giugno, del Bilancio di verifica per Centro di costo in quadratura con il Bilancio dell'esercizio relativo all'esercizio precedente, al fine di garantire il monitoraggio dei costi e la correlazione con i dati di attività e di struttura, nell'ambito dell'attività di controllo di gestione, e consentire una valutazione complessiva dell'azienda, del Presidio e della singola Unità Operativa in termini di efficienza e di efficacia, nonché del completamento dei progetti regionali correlati		Invio entro il 30 giugno 2025	



MACROAREA OBIETTIVO: SANITA' DIGITALE							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Digitalizzazione Fascicolo Sanitario Elettronico	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Diffusione ed utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0	Indicatori fissati dal DM 8/8/2022	Documenti indicizzati / n.ro prestazioni erogate	> 90%	
					N.ro MMG che alimenta il FSE/n.ro MMG	85%	
					N.ro documenti CDA2/n.ro documenti indicizzati	90%	
					N.ro documenti firmati in PADES/n.ro documenti indicizzati	90%	
Digitalizzazione Cartella Elettronica	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Diffusione e corretta gestione della Cartella Clinica Elettronica	Utilizzo della Cartella Clinica Elettronica di reparto e progressiva dematerializzazione delle cartelle cliniche	Numero delle cartelle cliniche completamente digitali sul numero delle cartelle cliniche totali	Almeno 25%	
Digitalizzazione Cartella Elettronica	ASL/AOU/IRCCS pubblici	SI	Miglioramento della copertura e qualità dei flussi informativi	Assistenza farmaceutica: riduzione dello scostamento tra i consumi trasmessi con i flussi distribuzione diretta, distribuzione per conto, consumi ospedalieri e il dato desumibile dal modello CE	Totale Flussi (DD, DP, CO) / totale valore CE	Almeno + 15%	
Completezza e qualità dei flussi informativi	ASL	SI	Aumento assistiti over 65 in ADI come da DM 23.01.2023	Aumento delle prestazioni domiciliari inserite nel flusso per gli over 65	Baseline 2019 + Aumenti incrementali fissati dal DM	Almeno + 25%	

MACROAREA OBIETTIVO: INVESTIMENTI STRUTTURALI							
Area obiettivo	Ambito di applicazione	LEA/NSG	Obiettivo	Indicatore	Formula indicatore	Target 2025	Note
Capacità progettuale e spesa per investimenti	ASL/AOU/IRCCS pubblici	NO	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Raggiungimento del target di spesa	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	100%	
Completezza e qualità dei flussi informativi		NO	Rispetto degli obblighi previsti nel Disciplinare attuativo fondi strutturali (FESR)	Corretta implementazione dei dati nel sistema MIR per consentire la chiusura del programma 2014/2020	SI/NO	100%	
Capacità progettuale e spesa per investimenti		NO	Rispetto degli obblighi previsti nel PNRR	Indicatori fissati nel CIS	RAGGIUNTO / NON RAGGIUNTO	100%	Rispetto delle scadenze di milestone e target PNRR

Albero delle performance





3.4. **Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi**

Gli obiettivi “strategici” hanno le seguenti caratteristiche:

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

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

In fase di redazione del Bilancio di previsione 2025, la Direzione Generale ha definito, sulla base degli indirizzi nazionali e regionali, le Linee Guida per il *Budget* anno 2025 assegnando ai dipartimenti aziendali i seguenti obiettivi operativi di *performance* prioritari per l’anno 2025.

3.4.1. **OBIETTIVI OPERATIVI COMUNI A TUTTE LE STRUTTURE**

- Garantire l’equilibrio economico-finanziario della gestione assicurando la definizione dei fabbisogni di risorse e il contenimento dei costi nel rispetto delle condizioni di equilibrio (*budget*) stabilite dalla direzione generale.



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

3.4.2. OBIETTIVI OPERATIVI PER LA PREVENZIONE

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

Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dipartimentale della ASL (disciplinata dall'art. 13 della L.R. 3 agosto 2006 n. 25) dotata di autonomia gestionale, organizzativa e contabile ed organizzata per centri di responsabilità e centri di costo, ai sensi dell'art. 7 e successivi del D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. La Regione Puglia emanando il R.R. 30.06.2009, n. 13, "*Organizzazione del Dipartimento di Prevenzione*" (BURP n. 101 del 06.07.2009), come modificato ed integrato dal R.R. 18.12.2012, n. 30 (BURP n.188 Suppl. del 28.12.2012) ha ritenuto i programmi di sanità pubblica e la "visione" di popolazione tipica del Dipartimento (la visione collettiva dei problemi, l'epidemiologia, la gestione e la comunicazione del rischio, ecc.), elementi strategici per realizzare gli obiettivi di salute affidati alle AA.SS.LL.



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

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

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

Potenziamento delle Attività di Screening per le Principali Neoplasie

Per l'anno 2025 si conferma il quadro degli obiettivi previsti dal piano regionale della Prevenzione per le attività di *screening* oncologici che ha dato mandato a ciascuna Azienda Sanitaria Locale di garantire, per ciascuno dei tre *screening* attualmente attivi, il rafforzamento delle strutture deputate al coordinamento, alla organizzazione e governo dello screening e di quelle deputate all'erogazione delle prestazioni di primo, secondo e terzo livello. Permangono, pertanto, gli obiettivi di potenziamento degli screening oncologici, con particolare riferimento al sistema di indicatori di estensione e adesione previsti dalla D.G.R. n. 1558/2023.

3.4.3. OBIETTIVI PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE

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

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



- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Riabilitazione

Distretti Socio-Sanitari

La programmazione regionale ed il Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale, adottato con D.G.R. n. 134/2022, nonché le DD.GG.RR. n. 1868/2022 e n. 1729/2023, con la quale la Regione Puglia ha approvato lo schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: “*Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022*”, anche in attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ribadisce l’importanza di coniugare la riorganizzazione della rete ospedaliera con il potenziamento delle strutture territoriali in una logica di continuità assistenziale.

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

Al fine di ottemperare a quanto previsto dal DM n. 77/2022, l’Azienda ha elaborato un Piano Attuativo, pensando ad una riorganizzazione dei distretti e prevedendone complessivamente 8 per l’intera ASL.

Per poter procedere senza grosse ripercussioni sul funzionamento dei servizi sanitari e socio sanitari, è però necessario tenere presenti i seguenti principi:

- sfruttamento delle sinergie già in essere tra i distretti socio-sanitari, create nel tempo al fine di dare uniformità agli interventi. Tra alcuni di questi distretti, il rapporto funzionale è stato implementato per poter dare al territorio servizi ospedalieri e territoriali sanitari a rete con maglie strette. È il caso dei Distretti di Maglie e Poggiardo, Galatina e Martano;
- necessità di mantenere il più possibile l’attuale organizzazione distrettuale, accorpando se necessario i distretti e limitando moltissimo il trasferimento dei comuni da un distretto ad un altro al fine di raggiungere la popolazione ottimale, salvaguarda il lavoro già fatto con gli Ambiti Sociali di Zona;



- organizzazione dei servizi centrati sull'“anziano”: se si prende in considerazione la popolazione “pesata” più che la popolazione residente, per l'elevato indice di vecchiaia che impone, possiamo considerare vicini alla popolazione bersaglio di circa 100.000 abitanti, anche per quei distretti che hanno una popolazione effettiva di circa 70/80.000 persone;
- un presidio Ospedaliero come riferimento per ciascun Distretto, anche se di base, un PTA, ritenendo tale un ex presidio Ospedaliero riconvertito o un altro presidio Sanitario rilevante per ampiezza e le case della salute. In questo modo si possono garantire servizi di prossimità sia territoriali sia ospedalieri completi per livelli crescenti di complessità clinica a partire dalle AFT dei Medici di Medicina Generale.

Alla luce di questi principi una possibile nuova suddivisione dell'intera rete Distrettuale potrebbe essere la seguente:

Distretti	Popolazione	P.O. di riferimento
DSS n 1		P.O. Fazzi 2° livello
ASL LE - DSS CAMPI SALENTINA	83.710	PTA Campi Salentina
DSS n 2		P.O. di Casarano Base
ASL LE - DSS CASARANO	69.761	Distretto Casarano
DSS n 3		E.E. Cardinale Panico
ASL LE - DSS GAGLIANO DEL CAPO	82.449	PTA Gagliano
DSS n 4		P.O. di Gallipoli 1° Livello
ASL LE - DSS GALLIPOLI	71.444	PTA/Distretto Gallipoli
DSS n 5		P.O. Fazzi 2° livello
ASL LE - DSS LECCE	177.357	PTA di San Cesario
DSS n 6	104.431	P.O. Galatina PO Base
ASL LE - DSS GALATINA	57.752	
ASL LE - DSS MARTANO	46.679	Distretto di Martano
DSS n 7		P.O. Copertino Base
ASL LE - DSS NARDO	90.822	PTA di Nardò
DSS n 8	100.068	P.O. di Scorrano 1° Livello
ASL LE - DSS POGGIARDO	46.944	PTA di Poggiardo
ASL LE - DSS MAGLIE	53.124	PTA di Maglie
ASL LE	780.042	



Nei Distretti, sulla base del modello organizzativo previsto dal R.R. n. 6/11, e sulla base dei regolamenti regionali che hanno disciplinato le diverse strutture sanitarie territoriali, grazie ai finanziamenti ricevuti con fondi FESR sono già stati attivati numerosi servizi.

Servizi e Funzioni

A. Orientamento Assistenziale e Accesso Unico alle Cure con:

- I. Centro Unico Prenotazioni
- II. Accesso Unico Facilitato al Sistema dei Servizi Socio Sanitari (PUA)
- III. Presa in carico e gestione delle dimissioni protette (funzione che passerà alle COT)
- IV. UVM distrettuale

B. Cure Primarie e Specialistica Ambulatoriale

- I. Ambulatorio delle Cronicità con Ambulatori dedicati alle Malattie croniche a maggior impatto epidemiologico
- II. Cure domiciliari Integrate (CDI) con Assistenza Domiciliare Integrata ADI
- III. Assistenza Farmaceutica Territoriale
- IV. Poliambulatorio Specialistico (secondo l'articolazione definita con LR 23/2008)
- V. Day service (medico e chirurgico)
- VI. Diagnostica Strumentale di Base e Biolumaging
- VII. Centro Dialisi Territoriale
- VIII. Centro Prelievi

C. Associazione complessa della Medicina e Pediatria di Famiglia e continuità assistenziale con CPT, Medicina di Gruppo, Medicina in rete, medicina in associazione (che confluiranno nelle AFT).

D. Assistenza Consultoriale e Materno Infantile con:

- I. Consultorio Familiare
- II. Centro Procreazione Medicalmente Assistita
- III. Promozione della Salute e Prevenzione
- IV. Servizio Vaccinale
- V. Servizi di Medicina Legale e Fiscale
- VI. Sportelli Sicurezza Alimentare e Sanità Animale
- VII. Servizi Medicina del Lavoro

E. Degenza Territoriale con:



I. Ospedale di Comunità
II. Hospice
III. Centro Risvegli
IV. Residenzialità Socio-sanitaria (RSA, RSSA, Centri Diurni)
F. Salute Mentale con:
I. Centro Salute Mentale
II. Centro Diurno Psichiatrico
III. Centro Territoriale Autismo ed eventuali moduli riabilitativi
IV. Centro Residenziale/Semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare
G. Dipendenze Patologiche con:
I. Ser.D.
II. Centri Terapeutici Speciali (fumo, alcol, ludopatie)
H. Riabilitazione con:
I. Centro Riabilitazione Ambulatoriale
II. Trattamenti Domiciliari
I. Emergenza Urgenza con:
I. Punto di Primo Intervento Territoriale (per il tempo residuo di vigenza)
II. Postazione 118
J. Servizi Amministrativi con:
I. Scelta e revoca del medico di famiglia
II. Esenzioni ticket
III. Rimborsi
IV. Ausili, Presidi e Protesi
V. Assistenza Integrativa Farmaceutica

A questi si uniranno gli interventi previsti dal D.M. n. 77/2022 e dal R.R. n. 13/2023 che sono:

- Casa della Comunità;
- Centrale Operativa Territoriale – COT;
- Ospedale di comunità;
- Rete delle cure Palliative;
- Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie;
- Telemedicina.



Case della Comunità

Finanziate con le risorse del PNRR, diffuse in tutto il territorio provinciale, sono il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria. Rappresentano il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione. La ASL di Lecce ha programmato la realizzazione di n. 24 Case di Comunità, di cui 6 HUB e 18 SPOKE.

Alla data odierna, sono stati avviati i lavori presso le seguenti CdC:

Localizzazione Intervento - Comune	Localizzazione Intervento - indirizzo	CUP
Cavallino	Via La Malfa, Snc	F28I22000280001
Taurisano	Via Di Vittorio, Snc	F35F22000600001
Taviano	Via Walter Tobagi, Snc	F48I22000270001
Aradeo	Via Mascagni, Snc	F65F22000620001
Matino	Via Salvo D'acquisto - Ang. Via Fani	F65F22000640001
Melendugno	Via De Filippo, Snc	F75F22000630001
Squinzano	Via Carso, 6	F78I22000350001
Nociglia	Via Nazario Sauro, Snc	F95F22000380001
Copertino	Via La Malfa, Snc	F98I22000300001
Ugento	Via Armida, 1	F98I22000310001

Per le residue CdC, ovvero Presicce – Acquarica e Castrignano del Capo si è in attesa dei necessari pareri da parte degli Enti preposti.

La conclusione di tutti gli interventi è stimato, come da CIS, al 31 marzo 2026.



Centrali Operative Territoriali COT

La COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Al fine di attuare questo servizio la ASL LE ha previsto, con riguardo al Distretto Socio Sanitario di Lecce, una fase di sperimentazione finalizzata a definire il funzionamento delle C.O.T. sulla base dei modelli d'uso prescritti da A.GE.NA.S. La predetta fase di sperimentazione è stata avviata con l'adozione della deliberazione del Direttore Generale ASL Lecce n. 469 del 29.04.2024, con decorrenza iniziale 01.04.2024. Con Delibera n. 1049 del 27.09.2024, ad oggetto "*Approvazione modello organizzativo aziendale - Protocollo operativo Centrale Operativa Territoriale COT*", è stato approvato il protocollo operativo contenente la disciplina generale delle C.O.T, le linee guida regionali per l'implementazione delle stesse individuando le seguenti transizioni tra *setting* assistenziali:

- Transizione ospedale-territorio: Ospedale – Domicilio; Ospedale – ADI; Ospedale – Hospice; Ospedale – Ospedale di Comunità; Ospedale – RSA/RSSA; Ospedale – CRAP; Ospedale – Casa per la Vita;
- Transizione territorio-ospedale; ADI – Ospedale; Ospedale di Comunità – Ospedale per acuti; RSA – Ospedale per acuti; Domicilio-Ospedale per acuti;
- Transizione territorio-territorio; Casa – ADI; Casa – Hospice; Casa – Ospedale di Comunità; ADI – Ospedale di Comunità; Ambulatorio del MMG/PLS – Poliambulatorio ; Ambulatori MMG – Centro Orientamento Oncologico CORO; Poliambulatorio - ADI.

Per tutte queste transizioni sono state definite 3 fasi: Identificazione del bisogno e avvio del processo; Identificazione del *setting* di destinazione e coordinamento della transizione; Attuazione della transizione.

In data 30.09.2024 sono state attivate le 7 COT, presso i siti previsti da Contratto Interistituzionale di Sviluppo, così come di seguito indicati:

Di queste, sei sedi sono COT provvisorie, nelle more dell'ultimazione delle COT definitive, mentre una, precisamente la COT di Campi Salentina, è una sede definitiva.



Localizzazione Intervento - Comune	Localizzazione Intervento - indirizzo
Gagliano Del Capo	Via San Vincenzo 1
Campi Salentina	Via Croce 1
Galatina	Via Roma 71
Maglie	Via Ferramosca, 24
Nardò	Via XXV Luglio, 1
Casarano	Via Ferrari
Lecce	Piazza Bottazzi

Ospedali di comunità

Sono strutture sanitarie di ricovero dell'Assistenza Territoriale con 20 posti letto, che svolgono una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, per evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni socio-sanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio. Hanno connotazione a forte indirizzo infermieristico e la responsabilità organizzativa è affidata ad un Responsabile Infermieristico. L'Assistenza Medica è assicurata da Medici dipendenti o convenzionati col SSN, o dai MMG/PLS, mentre la Responsabilità Igienico-Organizzativa e Gestionale fa capo al Distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Gli Ospedali di Comunità o Unità di Degenza Territoriali rientrano nel settore Cure Intermedie, che vengono così definite in quanto occupano il settore intermedio tra l'Assistenza Domiciliare e l'Assistenza Ospedaliera, garantendo la continuità del processo assistenziale del paziente sub-critico, con un gradiente di intensità e di complessità crescente rispetto all'assistenza domiciliare.

E' prevista l'attivazione di n. 6 (sei) Ospedali di Comunità. Gli Ospedali di Comunità attualmente attivi sono l'OdC del PTA di Campi Salentina, con n. 20 posti letto, e l'OdC del PTA di Nardò, autorizzato e accreditato con n. 15 posti letto. Con la nuova programmazione regionale, oltre gli Ospedali di Comunità dei PTA Campi Salentina e PTA Nardò, che sono già attivi, verranno attivati in Provincia di Lecce gli Ospedali di Comunità PTA a Poggiardo, PTA a Maglie, PTA a Gagliano Del Capo e l'Ospedale di Comunità a San Cesario.



L'ultimazione dei lavori di ampliamento e/o ristrutturazione per tutti gli Ospedali di Comunità della ASL Lecce è prevista entro il 30 giugno 2026.

Negli OdC l'assistenza infermieristica è assicurata per 24 ore 7/7 gg col supporto degli OSS, in coerenza del PAI e in sinergia con Responsabile Clinico e altri professionisti coinvolti (es. Ass. Sociali, Fisioterapisti, Specialisti). L'Assistenza Medica è assicurata 6/7gg, nel turno diurno (8-20 per 4,5 ore/die; nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità ovvero dai Medici della Continuità Assistenziale. Per l'attività di Riabilitazione motoria, in ogni OdC è garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

Le categorie principali eleggibili sono le seguenti:

- A) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, il cui ricovero in ospedale risulti inappropriato;
- B) pazienti prevalentemente affetti da multimorbilità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
- C) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del *caregiver* prima del ritorno al domicilio;
- D) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/ protocollo già attivati nel reparto di provenienze e finalizzati al rientro al domicilio.

Mentre sono esclusi dal ricovero negli OdC i seguenti pazienti:

- A) pazienti con instabilità clinica cardio-vascolare o neurologica;
- B) pazienti in fase di terminalità;
- C) pazienti che richiedono assistenza medica continuativa;
- D) pazienti che necessitano di inquadramento diagnostico;
- E) pazienti non residenti nella Asl di Lecce.



Il ricovero presso gli OdC si pone come obiettivi il coinvolgimento attivo e l'aumento della consapevolezza del pz e del familiare/*caregiver*, la capacità di autocura del paziente e del familiare/*caregiver*, la formazione e l'addestramento alla migliore gestione delle condizioni cliniche e terapeutiche e il riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità clinica.

L'Accesso avviene su proposta di:

- Medico di unità operativa ospedaliera (in Dimissione Ospedaliera Protetta - DOP);
- MMG;
- Medico di Continuità Assistenziale;
- Medico Specialista Ambulatoriale;
- Medico del P.S.

Nel caso di necessità di consulenze specialistiche e/o prestazioni/esami che non è possibile effettuare in loco, il trasporto del paziente avviene con ambulanza resa disponibile dalla Asl Lecce.

Alla dimissione, il trasporto del paziente dovrà avvenire tramite mezzo privato attivato dal paziente stesso o dalla sua famiglia, senza alcun tipo di partecipazione della Asl Lecce.

Gli Indicatori di Monitoraggio, necessari per l'alimentazione NSIS del Ministero Salute, degli OdC sono:

- tasso di ricovero della popolazione > 75 anni;
- tasso di ricovero di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC;
- tasso di riospedalizzazione a 30 gg;
- degenza media in OdC;
- degenza oltre le 6 settimane;
- n. pz provenienti dal domicilio;
- n. pz provenienti da ospedali.

Rete delle Cure Palliative

È costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in *hospice*. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive



fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

L'ASL di Lecce ha attuato una rete di servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., in ambito ambulatoriale, domiciliare e in *hospice*.

Nella ASL di Lecce è attivo e in via di accreditamento l'*hospice* di San Cesario che è stato istituito con delibera n. 2711 ed attivato il 22.07.2003.

I principali servizi garantiti in fase di degenza sono:

- un piano di cura caratterizzato dalla globalità dell'intervento terapeutico non limitato al controllo dei sintomi fisici, ma esteso al supporto psicologico, relazionale, sociale e spirituale, con un alto livello di assistenza specialistica;
- la valorizzazione delle risorse della persona e della sua famiglia;
- il pieno rispetto dell'autonomia e dei valori della persona.

L'*hospice* di San Cesario è solo uno dei nodi erogativi essenziali della Rete delle Cure Palliative della ASL di Lecce. A questo si associano due hospice accreditati, uno collocata nella città di Tricase, con 30 posti letto, e l'altro, collocata nella città di Casarano, con 28 posti letto.

Come previsto dal D.P.C.M. sui LEA, i nodi della Rete Locale di Cure Palliative sono: l'Ospedale, l'Ambulatorio, l'*hospice* e il domicilio. Queste strutture sanitarie operano figure professionali con specifica competenza ed esperienza, così come previsto dall'Accordo Stato-Regioni del luglio 2012 e s.m.i.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi *setting* (ospedale, ambulatorio, domicilio, *hospice*) assistenziali in un territorio (R.R. n. 13/2023). Le Funzioni attribuite sono le seguenti:

- A) interventi nelle strutture di degenza ospedaliera attraverso *équipe* di cure palliative della rete con consulenze, al fine di facilitare l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'*équipe* dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- B) prestazioni specialistiche in ambulatori attivati presso l'*hospice* di San Cesario dove sono erogate cure palliative;



- c) prestazioni mediche e infermieristiche specialistiche a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale *équipe* è, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'*équipe* dell'assistenza domiciliare integrata;
- d) ricovero in degenza residenziale nelle strutture residenziali e negli *hospice*.

Per quanto attiene i servizi Residenziali *hospice* possiamo suddividere l'area provinciale in 3 macroaree: la prima, collocata nell'area Nord e che ha come punto di riferimento l'*hospice* di San Cesario con 11 PL e il P.O. Fazzi di Lecce, con l'U.O. di oncologia, ematologia, oncoematologia pediatrica, oltre alle altre U.O. che trattano pazienti con patologie terminali; il secondo ambito può essere quello SUD della provincia che ha come punto di riferimento l'*hospice* Casa Betania di Tricase e il Presidio Ospedaliero di primo livello di Tricase, sempre gestito dall'Ente Ecclesiastico Cardinale Panico di Tricase con le sue U.O.C. di oncologia, ematologia e le altre U.O.C. che si occupano di malati terminali; un terzo polo è rappresentato dall'area Centro della provincia che ha quali riferimenti l'*hospice* di Euroitalia a Casarano con i suoi 28 Posti Letto, con punti di riferimento ospedalieri che sono l'Ospedale di Gallipoli, con l'U.O.C. di oncologia, le U.O.S di oncologia di Casarano e di Scorrano.

All'interno dell'*hospice* è stata istituita una Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM), costituita da 1 Medico e 3 Infermieri, operanti nella struttura, che nella fase iniziale hanno avuto, quale punto di riferimento, l'intero ambito del Distretto di Lecce. Quest'*équipe* ha provveduto, insieme alla U.V.M, alla valutazione multidimensionale dei pazienti, alla predisposizione di Piani individualizzati di assistenza e all'erogazione diretta, a domicilio, delle prestazioni sanitarie.

L'UCP – DOM ha operato in stretta sinergia con le U. O. di assistenza domiciliare integrata del Distretto di Lecce, in particolare per quei casi rimasti in carico ai Medici di Medicina Generale, assistiti presso i loro domicilio.

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

Attualmente la rete consultoriale della Asl di Lecce si struttura su n. 25 sedi attive, di cui n. 3 considerate consultori di base e quindi con organico molto ridotto ed attività parziale.

In quasi tutti i Distretti vi sono carenze di personale rispetto agli standard precedentemente previsti, in particolare per quanto riguarda gli specialisti in ginecologia, le ostetriche e le infermiere.



L'Art. 11, commi 1 e 2, del R.R. n. 13/2023, nel definire i Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, riporta: "1. Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza. 2. Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (D.P.C.M.) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie e appropriate". Inoltre il comma 9 del medesimo articolo stabilisce che "Lo standard è pari a: 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza".

Il R.R. n. 13/2023 struttura in modo differente gli interventi demandati al Consultorio familiare potenziando l'approccio multidisciplinare, multi professionale e olistico ("Planetary Health"), allargando l'attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e con programmi multi professionali di promozione della salute e di assistenza volti pure alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Al CF viene richiesta una maggiore integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

Nell'attività viene richiesto un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, innumerevoli altri attori possono contribuire alla produzione del benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).



Le attività del CF devono essere pertanto ridefinite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (prevenzione, territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Per una piena attuazione di quanto previsto nel R.R. n. 13 del 2023, data la numerosità dei residenti ed avendo la provincia di Lecce un tessuto rurale piuttosto diffuso, occorre assicurare almeno 40 consultori, con un organico composito (vedi punto 6 dell'Art. 11) ed attività piena improntata secondo un approccio olistico (*Planetary Health*).

Con riferimento al rinnovato modello operativo, la programmazione aziendale della ASL Lecce per l'Assistenza Consultoriale, che per norma è rivolta a tutta la popolazione del territorio, residente e non, assicurare, con la modalità dell'offerta attiva, in via prioritaria i tre programmi strategici: Percorso Nascita, *Screening* cervice uterina, Adolescenti e così garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, come specificati nell'Art. 24 del D.P.C.M. 12 gennaio 2017.

Per gli obblighi di legge, è necessario assicurare a tutti gli Ambiti Sociali di Zona la collaborazione per l'*équipe* integrata affido e l'adozione, e l'*équipe* integrata contrasto abuso e violenza.

Considerando la normativa ultima inerente l'applicazione della legge n. 194/78 (vedi Circolare Ministeriale agosto 2020), a seguito dei preliminari provvedimenti di competenza regionale, occorre individuare le strutture idonee ad essere inserite nell'anagrafica ministeriale, per allargare ad alcuni consultori familiari, adeguatamente attrezzati ed autorizzati, la possibilità di effettuare la procedura dell'IVG medica (farmacologica) entro la 9^a settimana di gestazione.

Pertanto, essendo necessario partire dalle risorse attualmente disponibili (deficitarie pure rispetto agli standard delle precedenti programmazioni regionali) riteniamo più ragionevole puntare su obiettivi a breve termine, perseguibili attraverso la razionalizzazione delle attività, il pieno utilizzo delle risorse presenti, il collegamento funzionale con i Punti Nascita, in particolare per quanto riguarda l'assistenza alla gravidanza.

Entro il 31.12.2026, l'Azienda si prefigge alcuni obiettivi specifici:

- arruolare nell'assistenza alla gravidanza consultoriale e seguire sulla base di quanto prevede il PDTA di cui alla DGR n. 882/2019 (recepita con Delibera D.G. ASL LE n. 88/2020), la metà del numero di nati in provincia di Lecce; attualmente le donne gravide del territorio che hanno effettuato presso il consultorio almeno tre visite ostetriche sono circa il 25%;



- portare il numero di donne che partecipano agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita al 50% delle gravide; attualmente effettuano gli IAN organizzati dai consultori il 24% delle gravide;
- accrescere il numero delle donne gravide straniere che partecipano agli Incontri di Accompagnamento alla Nascita fino al 25% delle donne gravide straniere seguite in consultorio; attualmente sono una presenza residuale: n. 29/360;
- definire formalmente i protocolli di collegamento ospedale territorio per la presa in carico della gravidanza fisiologica e della gravidanza a rischio;
- sottoscrivere almeno n. 2 protocolli di collaborazione con associazioni che si occupano di supporto all'allattamento al seno e che operano nel territorio della Asl di Lecce;
- realizzare con gli tutti attori della Rete Materno Infantile formazione specifica volta a migliorare la conoscenza della fisiologia del parto nonché la conoscenza degli strumenti più idonei per l'analisi delle prassi operative, anche al fine di ridurre il tasso dei tagli cesarei primari (attualmente nella Asl di Lecce è pari al 25% nei punti nascita di secondo livello che si attestano sui valori soglia e notevolmente superiore al valore soglia del 20% nei Punti Nascita di primo livello);
- *screening* cervice uterina: implementare l'offerta attiva dello screening della cervice uterina verso la popolazione femminile fragile con attenzione ai fattori sociali e/o culturali che caratterizzano il contesto;
- adolescenti: assicurare in ogni Distretto una fascia oraria di attività consultoriale destinata alla fascia giovanile ed offrire collaborazione alle scuole e/o altre realtà aggregative giovanili del territorio.

Telemedicina

Viene utilizzata dal professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari. Inclusa in una rete di cure coordinate, la Telemedicina consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Sono in corso all'interno della ASL di Lecce alcuni progetti che utilizzano strumenti di telemedicina al fine di creare reti di servizio cui accedono più professionisti. Nel corso dell'emergenza COVID sono stati avviati anche dei progetti di tele visita e telemonitoraggio di questi pazienti.

Tutte le Strutture Sanitarie Ospedaliere e territoriali, inclusa la Casa Circondariale di Lecce, sono state collegate in rete geografica RUPAR SPC (Rete Unitaria Pubblica Amministrazione Regionale



– Sistema Pubblico di Connettività) per l'erogazione dei servizi sanitari ed ha realizzato propria rete LAN (*Local Area Network*) capace di raggiungere ogni la zona.

Tuttavia, le problematiche inerenti la sicurezza ed i vincoli autorizzativi dell'intervento hanno richiesto la formulazione di un progetto multidimensionale che ha coinvolto livelli strategici e gestionali dell'ASL e di varie Amministrazioni tra cui quella Penitenziaria, con l'obiettivo di ottenere un risultato condiviso ed efficace nel reciproco rispetto delle varie norme regolamentari e di sicurezza.

Al momento la ASL di Lecce ha la piena operatività di una rete di teleradiologia, di una rete di telecardiologia, di un collegamento in rete dei Laboratori e delle Anatomie Patologiche, di una rete di collegamento delle Farmacie e di un collegamento diretto con la casa circondariale di Lecce per l'erogazione di alcuni servizi.

Questo ultimo progetto, sviluppato in fase prototipale e non portato a regime, anche per il sopraggiungere della pandemia Covid-19, ha avuto un'ulteriore battuta di arresto per la difficoltà registrata dalle ASL di reperire risorse finanziarie necessarie all'allargamento dei servizi al superamento dell'obsolescenza delle tecnologie mediche, della connessione dei dispositivi alla rete e per l'assenza di una solida piattaforma informatizzata creata a sostegno di questo complesso processo che vede l'incrocio di diversi percorsi di cura e assistenza. Non si è inoltre giunti alla creazione di un fascicolo sanitario elettronico del detenuto, nonostante la disponibilità di informazioni cliniche derivanti dalle erogazioni di prestazioni nei percorsi di cura e assistenza.

L'Azienda sanitaria con risorse comunitarie, ha riattivato il percorso finalizzato alla acquisizione di strumentazione diagnostica, con interfaccia Web, per la casa circondariale. L'iter di acquisizione dello strumentario è quasi completato e conseguentemente il polo sanitario della casa circondariale ha tutta la strumentazione richiesta per potenziare i servizi diagnostici offerti dalle varie branche specialistiche. Al momento si sta procedendo al collaudo delle attrezzature consegnate al fine del loro utilizzo in loco. Per implementare l'offerta di servizi in telemedicina è necessario collegare le macchine alla rete oggi presente e individuare una piattaforma di telemedicina su cui far transitare i servizi. Uno strumento utile a questi fini è *COReHealth* - Centrale Operativa Regionale delle Cronicità e delle Reti Cliniche.

Alla luce degli obiettivi previsti è opportuno riprogettare interamente l'intervento attraverso la reingegnerizzazione di tutti i servizi. Il progetto si dovrà sviluppare all'interno delle linee guida per la telemedicina approvate in sede di Conferenza Stato Regioni e tutte le normative in termini di sicurezza informatica dei dati e della *privacy*.



Gli obiettivi strategici dell'intervento sono di realizzare un servizio di telemedicina in grado di collegare una casa circondariale (l'area sanitaria della stessa) con il poliambulatorio di Lecce e con il Presidio Ospedaliero Fazzi al fine di poter effettuare le telerefertazioni di indagini diagnostiche (Rx, ECG, Holter ecc.), le televisite e i teleconsulti.

Televisita

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un *caregiver* che nel nostro caso è l'infermiere. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi è già stata formulata nel corso di visita in presenza.

Il Medico specialista operante nel Distretto o presso il Presidio Ospedaliero effettuerà la televisita al detenuto presente nella infermeria della casa circondariale nei casi in cui le prestazioni ambulatoriali non richiedono la completezza dell'esame obiettivo del paziente ed in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- il detenuto necessita della prestazione nell'ambito di un PAI/PDTA già determinato;
- il detenuto è inserito in un percorso di *follow up* da patologia nota;
- il detenuto affetto da patologia nota necessita di controllo o monitoraggio, conferma, aggiustamento, o cambiamento della terapia in corso;
- il detenuto necessita di valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- il detenuto che necessita della verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati, ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia.

Il supporto alla televisita sarà garantito dal personale sanitario operante presso la casa circondariale che assume le funzioni di *caregiver*.

Teleconsulto medico

È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza con uno o più medici per dialogare, anche tramite una videochiamata, riguardo la situazione clinica di un paziente, basandosi primariamente sulla condivisione di tutti i dati clinici, i referti, le immagini, gli audio-video riguardanti il caso specifico. Scopo del teleconsulto è quello di condividere le scelte mediche ri-



spetto a un paziente da parte dei professionisti coinvolti. Rappresenta anche la modalità per fornire una *second opinion* specialistica ove richiesto. Il teleconsulto contribuisce alla definizione del referto che viene redatto al termine della visita erogata al paziente dal medico richiedente, ma non dà luogo ad un referto a se stante.

Standard di servizio per l'erogazione di prestazioni in telemedicina

I trasferimenti di voce, video, immagini, file saranno crittografati e rispetteranno le vigenti normative in materia di *privacy* e sicurezza.

Saranno inserite nella Carta dei servizi l'elenco delle prestazioni erogabili in telemedicina, le loro modalità di erogazione, l'organigramma funzionale con i diversi livelli di responsabilità, le tempistiche di rilascio dei referti, i costi, i tempi ecc. Sarà designato un Direttore/Responsabile Sanitario che garantisce l'organizzazione tecnico-sanitaria e la sussistenza dei dovuti standard prestazionali per le attività cliniche erogate in telemedicina, e identificazione di un soggetto professionale, di comprovata e specifica competenza, Sarà individuato il responsabile della gestione e manutenzione delle tecnologie e dell'infrastruttura informatica atta a garantire l'erogazione di servizi di telemedicina. I servizi di telemedicina saranno erogati, in ogni loro fase, attraverso personale con le necessarie qualifiche, conoscenze e competenze, di cui alle disposizioni e normative di riferimento in relazione agli specifici servizi erogati.

Sarà assicurato un piano di formazione periodico che garantisca il mantenimento nel tempo delle competenze del personale preposto, a vario titolo (acquisizione, consulto, refertazione), alla gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina.

Sarà adottata una procedura per assicurare idonea e preventiva informativa al recluso sull'esecuzione della prestazione "a distanza".

Al termine della detenzione sarà data all'utente la possibilità di accedere e consultare i propri dati acquisiti, gestiti e archiviati nell'ambito dei servizi erogati in telemedicina attraverso le infrastrutture regionali di Fse.

Sarà adottato un piano formativo per l'addestramento degli utilizzatori (pazienti, caregiver, operatori sanitari) all'uso delle tecnologie impiegate.



Sarà adottata una procedura per l'eventuale recupero, la pulizia, sanificazione e disinfezione e il ricondizionamento di tecnologie, nei casi previsti di un loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti.

Con l'amministrazione penitenziaria saranno particolarmente curate, adottate politiche di tutela per la sicurezza, riservatezza, conservazione e integrità dei dati, conformemente alle direttive legislative, di specifica regolamentazione e alle norme tecniche di riferimento inerenti alla *privacy* e alla sicurezza delle informazioni. I dati verranno gestiti limitatamente alle finalità di utilizzo previste.

Verranno identificate le figure di responsabilità previste dalle normative vigenti in tema di *privacy* e sicurezza.

Sarà garantita la tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli di sicurezza, qualora effettuati o previsti dalle normative vigenti, per le tecnologie hw e sw in uso, con relativi rapporti tecnici di dettaglio.

Sarà adottato un piano di qualità che preveda procedure organizzative ben definite per l'espletamento dei servizi in telemedicina.

Saranno adottati sistemi per la gestione della *cybersecurity*.

Sarà predisposto un piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina, che preveda:

- la ponderazione dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie in relazione alla destinazione d'uso, al quadro clinico del paziente e ai fattori ambientali (strutturali, impiantistici, igienici, ecc.) e di contesto sussistenti;
- la presenza di procedure di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
- la rivalutazione periodica dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie e l'eventuale nuova pianificazione delle procedure di mitigazione dei rischi;
- la formazione dell'utente/operatore sanitario *caregiver*, in caso di servizi di telemedicina al domicilio, in merito a procedure di sicurezza e/o di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
- l'esplicitazione delle modalità di segnalazione e notifica di eventuali incidenti o mancati incidenti.



In conclusione, la telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (*coordinated care*), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Per quanto attiene le attrezzature sanitarie necessarie all'esecuzione delle prestazioni, si potrà operare attraverso l'ottimizzazione delle tecnologie già presenti. In caso di necessità verranno, eventualmente, acquisite nuove attrezzature ritenute idonee all'erogazione delle prestazioni.

Una volta testato il sistema, il Servizio verrà esteso a tutte le strutture territoriali, in modo da consentire a tutti, con il coordinamento della Centrale Operativa Territoriale, la possibilità di effettuare interventi.

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

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



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

Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il D.S.M. offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete di strutture territoriali, ospedaliere, residenziali e a ciclo diurno che consentono di assicurare, sull'intero territorio aziendale, la continuità terapeutica basata sulla presa in carico degli utenti attraverso percorsi multidisciplinari, che coinvolge anche altri servizi e strutture dell'Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).



Il D.S.M. è pertanto in grado di rispondere all'intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali.

Centri di Salute Mentale

Per l'anno 2025, si conferma la programmazione del D.S.M., compatibilmente con le risorse disponibili, che prevede un progressivo avvicinamento all'obiettivo regionale con l'apertura h/12 dei Centri di Salute Mentale anche mediante l'accorpamento di alcuni CSM su base sovra-distrettuale: CSM Lecce, CSM Campi, CSM Nardò – Galatina, CSM Martano – Maglie – Poggiardo, CSM Casarano – Gallipoli, CSM Gagliano del Capo, oltre alle UOSD: Centro di Psicoterapia dell'infanzia e adolescenza, Centro disturbi alimentari, Psichiatria penitenziaria e forense.

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

Nel corso dell'anno 2025, l'unità di Neuropsichiatria Infantile proseguirà nell'obiettivo di consolidare l'unitarietà organizzativa e gestionale di tutte le attività di competenza precedentemente frammentate in differenti strutture (anche mediante il pieno utilizzo del sistema informativo della salute mentale) e nel perseguimento degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale per l'assistenza ambulatoriale e diurna dei pazienti affetti da autismo, nonché per l'assistenza in regime ospedaliero con l'attivazione di n.12 posti letto presso il P.O. di Galatina, istituiti con D.G.R. n. 919 del 03.07.2023.

Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura

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

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

- Predisporre la pianificazione delle attività (volumi e tipologia di prestazioni) assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale.
- Assicurare la presa in carico dei pazienti psichiatrici.



- Assicurare la presa in carico dei pazienti afferenti alla neuropsichiatria infantile.
- Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali in attuazione della programmazione aziendale per il governo delle liste di attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche popolazione maggiorenne.
- Contenere il numero di TSO ai residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente.
- Contenere il tasso di ospedalizzazione di minori per patologie psichiatriche.
- Contenere i ricoveri ripetuti tra 8 e 30 giorni in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche.
- Migliorare la qualità dell'assistenza e l'utilizzo delle strutture residenziali e diurne a gestione diretta.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare la verifica e il controllo delle prestazioni erogate da strutture residenziali e diurne pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale nel rispetto degli accordi contrattuali sottoscritti.
- Assicurare il corretto, completo e tempestivo inserimento nel Sistema Informativo Sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

Dipartimento Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP), strutturato su base distrettuale, è la struttura che ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai cittadini. Le finalità tendono a sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate per perseguire gli obiettivi della politica socio-sanitaria regionale ed aziendale, attraverso il coordinamento di tutte le Unità Operative del pubblico e del privato sociale accreditato che si occupano delle dipendenze patologiche.



Le priorità di intervento nel settore sono:

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

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

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



Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione

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

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

- la centralità della persona e la condivisione del progetto riabilitativo e assistenziale con la stessa e con i suoi familiari;
- l'accessibilità ai servizi di riabilitazione mediante la presa in carico;
- la sostenibilità e l'appropriatezza del progetto riabilitativo individuale e dei programmi attuativi;
- la globalità e la precocità degli interventi;
- l'interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi;
- la continuità delle cure;
- l'integrazione socio sanitaria;
- la restituzione della persona al suo ambiente di vita.

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

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



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

3.4.4. OBIETTIVI OPERATIVI PER L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Sul versante della programmazione ospedaliera la Regione Puglia, con successive deliberazioni della Giunta Regionale n. 919/2023, n. 1119/2024 e n. 1384/2024, ha approvato in via definitiva l'aggiornamento della Rete Ospedaliera ai sensi del D.M. N. 70/2015, recepita con il Regolamento Regionale n. 8 del 31/10/2024 "Modifica e Integrazione del Regolamento Regionale n. 23/2019 e del R.R. n. 14/2020", confermando l'organizzazione della rete ospedaliera per complessità e intensità di cura articolata in:

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

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



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

Tuttavia, per fronteggiare la carenza di personale medico in alcune discipline ed in particolare nell'area dell'emergenza – urgenza e, nel contempo, favorire la realizzazione dei percorsi diagnostico – terapeutico – assistenziali secondo i criteri delle reti clinico - assistenziali e tempo – dipendenti, si rende necessario procedere ad una riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera per intensità di cure mediante la rivisitazione della *mission* di ciascun presidio nell'ambito della rete ospedaliera aziendale. A tal fine, l'organizzazione dipartimentale già delineata con la citata deliberazione D.G. n. 290/2023 costituirà la struttura portante per assicurare lo svolgimento delle attività di ricovero nei diversi presidi ospedalieri secondo i livelli di complessità assistenziali che sarà possibile garantire in ognuno di essi.

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

- Predisporre la pianificazione delle attività ambulatoriali e di ricovero (volumi e tipologia di prestazioni), assicurando il pieno utilizzo delle risorse assegnate per far fronte alla domanda assistenziale e al governo dei tempi di attesa.
- Migliorare gli indici di qualità e di attrazione per il recupero dei ricoveri e delle prestazioni maggiormente soggette a mobilità passiva.
- Implementare le misure previste nel piano aziendale per il governo delle liste di attesa adottato in attuazione delle DD.GG.RR. n. 735/2019, n. 262/2023 e n. 1568/2023.
- Assicurare il governo dei tempi di attesa per le prestazioni di ricovero, esami strumentali diagnostici e/o interventistici, diagnostica di laboratorio, *day service* e ambulatoriali, secondo i criteri di priorità previsti nel Piano Nazionale Governo delle Liste di Attesa.
- Rispettare il rapporto tra attività istituzionale e attività in libera professione.
- Assicurare il supporto specialistico per l'attivazione/rimodulazione dei posti letto secondo le disposizioni aziendali e regionali.
- Assicurare la massima collaborazione con le Aree centrali nella realizzazione degli interventi previsti e finanziati con il PNRR.
- Contenere la degenza media e i ricoveri oltre soglia, anche mediante il corretto utilizzo degli strumenti disponibili per le Dimissioni Ospedaliere Protette (DOP), nonché il trasferimento in reparti di riabilitazione e lungodegenza.
- Ridurre la percentuale di pazienti che effettuano almeno un ricovero ripetuto entro 30 giorni con la stessa MDC.



- Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente (Cod. H01Z_D.M. 12/03/2019).
- Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui (Cod. H02Z_D.M. 12/03/2019).
- Quota di interventi per tumore maligno del colon eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 50 interventi annui.
- Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatelyzza in regime ordinario (Cod. H04Z_D.M. 12/03/2019).
- Percentuale dimissioni da reparti chirurgici con DRG medico sul totale delle dimissioni in regime ordinario da reparti chirurgici.
- Percentuale ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG medico.
- Degenza media preoperatoria.
- Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età pediatrica (<18 anni) per asma e per gastroenterite.
- Tasso di ospedalizzazione (standardizzato *100.000 abitanti) in età adulta (≥ 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, per BPCO e per scompenso cardiaco.
- Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario (Cod. H13C_D.M. 12/03/2019).
- Percentuale parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti/anno.
- Percentuale parti cesarei primari in strutture con 1.000 e oltre parti/anno.
- Proporzioni di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
- Proporzioni di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta.
- Attuare le disposizioni aziendali inerenti i programmi di *screening* primo e secondo livello per mammografico e secondo livello per cervico-uterino e colon retto.
- Attuare le misure aziendali previste per il contenimento della spesa farmaceutica.
- Assicurare l'adesione all'impiego dei biosimilari (ovvero del farmaco a minor costo come registrato nel PTR o PTOA del sistema Edotto) nei pazienti di nuova diagnosi e rivalutazione dei trattamenti in corso.
- Assicurare l'utilizzo appropriato dei dispositivi medici derivanti da gare centralizzate e comunque con prezzi assimilabili alle stesse, migliorando il rapporto costo efficacia nell'utilizzo degli stessi.
- Incrementare le prescrizioni specialistiche in modalità dematerializzata.



- Incrementare la presa in carico di ricette specialistiche in modalità dematerializzata ed erogate con servizi telematici.
- Utilizzare e gestire correttamente la Cartella Clinica Elettronica.

3.4.5. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DI MEDICINA IMMUNOTRASFUSIONALE

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

3.4.6. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE DEL DIPARTIMENTO DEL FARMACO

- Assolvere alle funzioni di governo del processo di assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera, collaborando alla definizione di una politica del farmaco interna coerente con gli obiettivi dati dalla Regione Puglia alle Direzioni Generali per il contenimento e la razionalizzazione della spesa di farmaci e dispositivi medici entro i tetti assegnati.
- Promuovere e monitorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci e dei dispositivi medici a maggior impatto di spesa.
- Assicurare il monitoraggio nell'utilizzo appropriato dei farmaci e dei dispositivi medici fornendo indicazione alle unità operative ospedaliere e distrettuali utili al contenimento della spesa.
- Assicurare la verifica e controllo della prescrizione prioritaria, compatibilmente con le esigenze cliniche dei pazienti, delle scelte terapeutiche caratterizzate da miglior rapporto costo/efficacia, con particolare riferimento alle categorie farmaceutiche oggetto di



provvedimenti regionali e ai farmaci a brevetto scaduto, sia di natura sintetica che biotecnologica.

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

3.4.7. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI ALLA RETE DELL'EMERGENZA URGENZA 118

- Predisporre la pianificazione delle attività e della rete emergenza urgenza 118 assicurando l'utilizzo efficiente delle risorse assegnate.
- Riduzione intervallo *target*.



- Miglioramento indici di concordanza.
- Contenimento tempi *dispatch*.
- Riduzione tempi invio - arrivo mezzi di soccorso.
- Miglioramento qualità di processo anche mediante l'introduzione e l'utilizzo di sistemi informativi e/o telematici (*tablet* multifunzione).
- Rispetto tempi e copertura per l'inserimento dei dati sui sistemi informativi gestionali/EDOTTO e per la trasmissione dei flussi informativi obbligatori nazionali e regionali.

3.4.8. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI ALLE STRUTTURE TECNICO – AMMINISTRATIVE

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



3.4.9. OBIETTIVI OPERATIVI ASSEGNATI AGLI UFFICI DI STAFF

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



- Assicurare la redazione e il costante aggiornamento del piano formativo aziendale, per le diverse articolazioni organizzative, e la gestione degli eventi formativi.
- Implementare strumenti di sorveglianza epidemiologica con la produzione di specifici report utili nella programmazione delle attività e dei servizi aziendali (Registro Tumori, Sistemi di Sorveglianza di patologia, etc.).
- Assicurare il coordinamento aziendale e il collegamento con la Rete Regionale delle Malattie Rare.
- Monitorare i requisiti organizzativi delle strutture aziendali, con particolare riferimento alle professioni sanitarie e al personale di comparto.

3.4.10. SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Con Deliberazione D.G. n. 2183 del 9.12.2014, l'ASL Le ha adottato il Regolamento Aziendale “*Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale*”, aggiornato con deliberazione D.G. n. 393 del 10.04.2024, ad oggi in fase di revisione.

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

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

3.4.11. MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE

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

- misurare l'efficacia e l'utilità dei sistemi di valutazione attualmente in uso per la valutazione della performance individuale dei dirigenti, ponendo al centro del processo di valutazione la leadership quale leva abilitante per il funzionamento delle organizzazioni; a tal proposito, sono state valorizzate altre forme di valutazione: dal basso, fra pari, collegiale, da parte di *stakeholder* esterni;



- ribadire l'importanza del rispetto dei limiti previsti in sede di contrattazione collettiva per le "eccellenze";
- promuovere il ruolo fondamentale della formazione nella valutazione individuale. In particolare, per i dirigenti occorrerà stabilire priorità formative sia per il perfezionamento delle competenze personali, sia per l'efficace svolgimento del ruolo dirigenziale, al fine di poter guidare con successo il personale assegnato e fungere da leader del cambiamento nell'organizzazione;
- favorire l'individuazione di nuove forme di premialità, in relazione al conseguimento di elevate performance individuali ed organizzative, valorizzando in questo modo il merito e riconoscendo il valore aggiunto che ciascuno può rappresentare all'interno dell'amministrazione.

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

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

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

3.4.12. LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA

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



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

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

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

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

L'art. 19-*bis*, inoltre:

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



- demanda all'OIV la verifica dell'effettiva adozione dei sistemi di rilevazione ed impone al medesimo Organismo di tener conto dei risultati sia ai fini della valutazione della performance organizzativa dell'amministrazione e sia, in particolare, ai fini della validazione della Relazione annuale sulla performance.

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

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

La valutazione partecipativa si configura, infatti, come una forma di valutazione della *performance*, che avviene nell'ambito di un rapporto di collaborazione tra amministrazione pubblica e cittadini, coinvolge non solo gli utenti esterni ma anche quelli interni e comprende diversi ambiti e strumenti.

La valutazione partecipativa mira a:

- migliorare la qualità delle attività e dei servizi pubblici, avvicinandoli ai reali bisogni dei cittadini grazie alle loro idee e suggerimenti, attraverso cui raggiungere una conoscenza più completa dei bisogni;
- promuovere processi di innovazione amministrativa;
- mobilitare risorse e capitale sociale presenti sul territorio, attivando processi di cittadinanza attiva, responsabilizzando e motivando i cittadini per rafforzare la coesione sociale e il senso di appartenenza alla collettività;



- gestire e ridurre i conflitti, rafforzando la fiducia nelle istituzioni e contrastando il deficit di legittimità e consenso, anche attraverso il miglioramento della trasparenza e l'apertura verso l'esterno dell'operato dell'amministrazione pubblica;
- integrare il performance management nei processi decisionali, collegando realmente la valutazione alla pianificazione, migliorando l'uso delle informazioni di performance sia da parte dei dirigenti pubblici e dei politici, sia da parte dei cittadini.

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

Comitato Consultivo Misto (C.C.M.)

La Asl di Lecce, con Delibera 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 si è rafforzata 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.

Le funzioni del CCM sono :

- A) contribuire alla programmazione aziendale in materia di organizzazione dei servizi sanitari e socio sanitari
- B) valutare i servizi sanitari e socio-sanitari erogati, verificandone la funzionalità e rispondenza alle finalità del servizio Sanitario Regionale ed agli obiettivi dei Piani Sanitari Regionali

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



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

Nell'anno 2024, sono state effettuate n. 3 Assemblee (inserite sul sito Aziendale):

- Assemblea del 10.04.2024
- Assemblea del 03.07.2024
- Assemblea del 24.09.2024

Si sono tenuti n. 3 Tavoli tematici

- n. 2 -Tavolo della senologia con il Direttore Sanitario e componenti della segreteria oltre alla presenza di alcuni esperti del settore per discutere le criticità della senologia.
- n. 1 Tavolo tematico sulla disabilità per discutere il seguente O.d.G.: Problematiche relative all'“Odontoiatria per soggetti con disabilità”, presenti Direttore Sanitario e alcuni esperti del settore

Incontri con la segreteria effettuati n. 7 per discutere :

- 1) decadenza delle Associazione per assenze e/o per estinzione delle Associazioni
- 2) iscrizione delle Associazioni al CCM
- 3) problematiche e criticità a conoscenza delle Associazioni
- 4) problematiche email e posta inefficiente ASL
- 5) aggiornamento dati RUNTS
- 6) verifiche e controlli delle presenze/assenze
- 7) argomenti da trattare nei Tavoli

Partecipazione del Presidente alle Giornate dedicate alla prevenzione e alla salute nella ASL di Lecce.



Azioni positive da proporre per l'anno 2025

1. Formazione alle Associazioni del CCM ed esterne in veste di uditori
2. Tavoli Tematici
3. Attività di pubblicizzazione del CCM tramite social
4. Elaborazione di una brochure informativa e divulgazione on line delle attività della ASL di Lecce in collaborazione con UOSD Comunicazione Informazione Istituzionale
5. Valutazione delle funzionalità e rispondenza alle finalità del Servizio Sanitario Regionale, delle prestazioni ASL ed Enti convenzionati

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

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

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

Il percorso intrapreso dal CUG, si prefigge di:

- eliminare le disparità di fatto nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa e nei periodi di mobilità;
- favorire la diversificazione delle scelte professionali;
- superare condizioni organizzative e distributive del lavoro che potrebbero creare pregiudizi nella formazione, nell'avanzamento professionale e di carriera e nel trattamento economico e retributivo;
- ottimizzare i tempi delle attività lavorative per consentire a tutto il personale di conciliare al meglio le responsabilità professionali con quelle familiari.

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



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

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

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

Nel 2025–2027 il servizio "Esprimi la tua opinione" proseguirà.

La rilevazione del grado di soddisfazione dei cittadini avviene anche a livello quanti/qualitativo attraverso la gestione delle segnalazioni (reclami, ringraziamenti, elogi) che pervengono all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Nel 2024 l'U.R.P. ha trattato 1.292 segnalazioni (nel 2023 erano state 730), così suddivise: 1.048 concluse, 98 archiviate, 146 in lavorazione. Nel riscontrare che l'incremento delle segnalazioni riguardava anche un aumento di elogi per prestazioni socio-sanitarie ricevute (+16 ringraziamenti rispetto al 2023), la Direzione Generale nel 2024 ha attivato le seguenti iniziative:

- rispondere per iscritto a ogni utente segnalante la bontà delle cure ricevute e, nel contempo, inoltrare agli operatori destinatari il ringraziamento medesimo;
- raccogliere e pubblicare il Libro Bianco ASL Lecce – in corso di *editing* – contenente le parole dei pazienti e dei loro familiari ca. le esperienze di buona sanità fruita.

Entrambe le iniziative intendono far conoscere e diffondere le buone prassi sanitarie che permeano l'Azienda attraverso la voce diretta dei cittadini utenti, in un momento storico di vulnerabilità del Sistema Sanitario Nazionale (v. aggressioni fisiche e violenza verbale agli operatori e alle operatrici).

Il grado di soddisfazione dei cittadini viene rilevato anche attraverso i commenti e i messaggi nella pagina istituzionale Facebook Azienda Sanitaria Locale Lecce e il profilo IG; attraverso l'analisi dei report mensili dell'attività resa dalla rete U.R.P. aziendale, le comunicazioni spontanee inserite nelle cassette di posta a disposizione dell'utenza in taluni servizi.



Inoltre, con Deliberazione del C.S. n. 28/2023 è stato recepito il Protocollo di intesa stipulato fra il Dipartimento di Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti della Regione Puglia e Cittadinanzattiva Puglia per l'istituzione del Tavolo aziendale con l'associazione Cittadinanzattiva – TDM. Il tavolo in ASL Lecce si è insediato il 18 ottobre 2022.

La U.O.S.V.D. Comunicazione e Informazione Istituzionale si interfaccia, inoltre, con il Comitato Consultivo Misto aziendale e con tutte le altre associazioni che segnalano esigenze, proposte e moniti alla Direzione strategica.

La valutazione partecipata del grado di umanizzazione delle strutture di ricovero

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

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

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

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

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

La modalità di rilevazione si basa sulla consultazione di documenti o sull'osservazione diretta effettuata da una *équipe* di volontari e operatori sanitari.



La rilevazione annuale ha interessato, nel triennio 2017 – 2019, tutte le 12 strutture di ricovero per acuti sia pubbliche (6 Ospedali a gestione diretta) che private accreditate (5 Case di Cura e l’Ospedale “G. Panico” di Tricase) che insistono sul territorio della provincia di Lecce, registrando un graduale e continuo miglioramento dell’umanizzazione.

Nel 2020-2022 non è stato possibile, a causa dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, procedere al consueto monitoraggio annuale del livello di umanizzazione dei Presidi ospedalieri, né è stato possibile dar seguito alla *checklist* predisposta per le strutture di riabilitazione.

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

Nel 2024 si è proceduto all’analisi quantitativa e qualitativa dei dati raccolti attraverso le schede nazionali standardizzate Agenas di valutazione partecipata Umanizzazione e Sicurezza, e il Diario di Bordo.

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

- rilevanza aziendale;
- costi;
- tempistica.

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



Performance Organizzativa e promozione del Benessere dei lavoratori

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

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

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

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

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

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



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

Sulla base del Piano di Valutazione e Gestione del RSLC e del relativo Cronoprogramma (allegato al predetto Regolamento), nel mese di ottobre 2023 è stato avviato il percorso di Valutazione del RSLC presso il Presidio Ospedaliero "V. Fazzi", il DEA, il Polo Oncologico e il Polo Riabilitativo di San Cesario.

Nel maggio 2024 la Valutazione ha interessato i presidi ospedalieri di Casarano, Copertino, Galatina, Gallipoli e Casarano. A partire dal gennaio 2025 l'Aggiornamento riguarderà i dieci Distretti Socio Sanitari dell'Azienda, per poi proseguire con i Dipartimenti, le Aree, la Direzione Aziendale e gli Uffici di Staff.

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

Prosegue, inoltre, l'attività dello "Sportello Ascolto", uno spazio di *counseling* e di sostegno psicologico riservato ai dipendenti che vivono una condizione di disagio in ambito lavorativo.

In tale spazio, nel pieno rispetto della *privacy*, i dipendenti sono supportati nella risoluzione delle problematiche vissute sul luogo di lavoro e, grazie al potenziamento, nel dicembre 2022, dell'organico dell'Unità Operativa di Psicologia del Lavoro, è stato possibile ampliare gli spazi di intervento dello Sportello, offrendo ai lavoratori anche la possibilità di intraprendere un percorso psicoterapeutico. Oltre a ciò, nel corso del 2024 sono state realizzate diverse analisi del clima interno in varie UU.OO., su richiesta della Direzione Strategica e/o dei Responsabili di struttura, supportando il management nella gestione delle criticità organizzative e relazionali.



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

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

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

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

Il Piano della *Performance* è stato sviluppato coerentemente con gli indirizzi contenuti nella Relazione del Direttore Generale allegata al Bilancio di Previsione 2025, nonché degli indirizzi regionali in materia sanitaria di programmazione economico finanziaria.

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

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

Il nuovo SMVP è stato già condiviso con tutte le OO.SS. di categoria e trasmesso all'OIV in data 7 novembre 2024 per il parere vincolante.



4. Rischi Corruttivi e Trasparenza

4.1. Premessa

Il presente Piano, su proposta della Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'ASL di Lecce, confermata nell'incarico con deliberazione del Direttore Generale n. 735 del 3/7/2024, coadiuvata dal personale afferente l'Ufficio Unico per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, 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 2025-2027.

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

- gli Orientamenti per la pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022 approvati dal Consiglio dell'Autorità in data 2 febbraio 2022;
- il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (PNA) approvato dal Consiglio dell'ANAC il 16 novembre 2022 (con particolare riferimento all'Allegato 3: "Il RPCT e la Struttura di supporto");
- l'aggiornamento 2023 del PNA, giusta deliberazione ANAC n. 605 del 19 dicembre 2023.

La presente sezione del PIAO comprende quanto segue:

- la valutazione di impatto del contesto esterno, che evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi;
- la valutazione di impatto del contesto interno, che evidenzia se la struttura organizzativa dell'Azienda possa influenzare l'esposizione al rischio corruttivo;
- la mappatura dei processi, per individuare le criticità con particolare attenzione ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico;
- l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi;
- la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio;



- il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del D. Lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i..

4.2. Processo di adozione del Piano

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

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

In riferimento alle misure specifiche per la prevenzione della corruzione, è stata svolta un'attività di monitoraggio interno tramite riunioni da remoto, con la fattiva collaborazione dei Referenti della 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 2025-2027.

4.3. Obiettivi strategici

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

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

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



- Ridurre le opportunità che si manifestino eventi corruttivi
- Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione
- Incrementare la qualità dei dati pubblicati sul sito internet istituzionale
- Rafforzare le misure di controllo nell'ambito dei progetti PNRR/PNC
- Promuovere la cultura dell'etica e della legalità

4.4. **Coordinamento con gli Altri Strumenti di Programmazione**

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

4.5. **Soggetti coinvolti nel Sistema di Prevenzione della Corruzione**

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

4.5.1. DIRETTORE GENERALE

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



4.5.2. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE

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

- elabora la proposta di Piano della prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dal Direttore Generale della ASL (art. 1, comma 8, L. 190/2012)
- definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a)
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a)
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b)
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c)
- elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14)
- vigila sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi nell'amministrazione

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

Ogni Referente assolve a compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica dell'attività della struttura di competenza sia in materia di prevenzione della corruzione che in tema di trasparenza, instaurando una comunicazione diretta con la RPCT, nell'ottica dell'attuazione di un sistema di controllo efficace. L'attività dei Referenti è indispensabile per informare compiutamente la RPCT affinché abbia elementi utili e riscontri per la predisposizione e il monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO.

I Referenti individuati con Delibera del Direttore Generale n. 735 del 3/7/2024, assicureranno le seguenti attività:



- vigilanza sulla tempestiva ed idonea attuazione/applicazione/rispetto del codice di comportamento, dell'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi, nonché della misura del divieto di *pantouflage* di cui all'art.53, co. 16-ter, D. Lgs. n. 165/2001
- Report periodici alla RPCT sullo stato di attuazione e sull'utilità delle misure di prevenzione della corruzione programmate, nonché proposta di modifiche o di eventuali nuove misure da adottare
- segnalazione alla Responsabile di casi di fenomeni corruttivi emersi e relativa valutazione in merito ad ulteriori misure di contenimento del rischio da adottare
- In materia di trasparenza, compiti volti ad assicurare il rispetto dei tempi di pubblicazione dei dati e il miglioramento dei flussi informativi all'interno della propria struttura

4.5.4. DIRIGENTI PER L'AREA DI RISPETTIVA COMPETENZA

- svolgono attività informativa nei confronti della Responsabile, dei Referenti e dell'Autorità Giudiziaria (art. 16 D. Lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, L. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.)
- partecipano al processo di gestione del rischio
- propongono le misure di prevenzione (art. 16 D. Lgs. n. 165 del 2001)
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D. Lgs. n. 165 del 2001)
- osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della L. n. 190 del 2012)
- assicurano la trasmissione tempestiva delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, nella sezione del sito web aziendale intitolata "Amministrazione trasparente"

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

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



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

- istruisce e conclude 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.)
- partecipa al procedimento di adozione/aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale

4.5.7. DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE

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

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

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

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

4.5.9. NETWORK REGIONALE DEGLI RPCT

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



4.5.10. GRUPPO DI LAVORO PIAO

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

4.6. Modello Organizzativo

Per le indicazioni ed i contenuti informativi relativi al "Modello "Organizzativo" si rimanda rispettivamente al paragrafo § 3.2.5 Il contesto interno – Gli Organi Aziendali.

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 2024. I Referenti della RPCT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate, attraverso riunioni *on-line* e l'inserimento delle informazioni acquisite (monitoraggio semestrale I livello) all'intero di una piattaforma web centralizzata dedicata al sistema di prevenzione della corruzione.

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

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

4.7.1. ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE

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

4.7.2. AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti



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

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

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

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

Queste le aree a rischio individuate:

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



Nel corso dell'anno 2025 sono stati mappati ed analizzati i processi aziendali. Per dettagli sulla mappatura processi/rischi/misure si rinvia al documento "Allegato B) – Analisi dei rischi (2025-2027)", reso disponibile sul sito internet istituzionale, all'indirizzo <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-lecce/altri-contenuti-corruzione>.

L'analisi del contesto interno, caratterizzata da un elevato numero di dipendenti distribuito su differenti sedi e strutture comporta un innalzamento del livello di esposizione al rischio corruttivo, pur rilevando una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione. Pertanto, le peculiari caratteristiche organizzative, la carenza di personale qualificato, gli eventi corruttivi degli ultimi anni a livello nazionale, impongono la previsione di ulteriori misure di mitigazione nel triennio 2025-2027, con particolare riferimento ai progetti finanziati con fondi PNRR/PNC.

4.8. Valutazione impatto del Contesto esterno

L'inquadramento del contesto esterno presume un'attività attraverso la quale è possibile far emergere le notizie e le informazioni necessarie all'individuazione dei fattori di rischio corruttivo che possono impattare sull'Azienda, in virtù delle molteplici specificità dell'ambiente, eventualmente collegate alle Strutture territoriali, alle dinamiche sociali, economiche e culturali, nonché alle caratteristiche organizzative interne aziendali. Il contesto in cui opera l'ASL LE è estremamente complesso sia per la vastità del territorio, sia per la eterogeneità e numerosità degli stakeholder pubblici e privati con cui si deve confrontare, nonché per l'articolazione organizzativa dei servizi a gestione diretta in fase di profonda revisione conseguente al riordino della rete ospedaliera.

Alcuni recenti episodi di corruzione che hanno interessato il settore sanitario regionale, con particolare riferimento a vicende riguardanti la gestione di appalti e contratti, hanno evidenziato la necessità di un rafforzamento delle misure preventive volte a garantire la trasparenza e l'integrità delle procedure amministrative.

Tali eventi sottolineano l'importanza di un approccio proattivo nella gestione dei rischi corruttivi, mediante l'adozione di strumenti che consentano di prevenire e individuare potenziali situazioni di conflitto di interessi, nonché di promuovere una cultura etica all'interno dell'organizzazione.

L'ASL di Lecce intende rafforzare il proprio sistema di prevenzione della corruzione durante il triennio 2025-2027, perseguendo i seguenti obiettivi:



- Ridurre i rischi di conflitti di interesse in tutte le fasi delle procedure di gara e contratti
- Garantire una gestione trasparente e responsabile delle attività contrattuali e negoziali
- Promuovere la cultura dell'etica, integrità e della responsabilità amministrativa

Tutti i soggetti coinvolti nelle procedure di gara e nei contratti, inclusi funzionari, responsabili e componenti delle commissioni di gara, RUP, DL e DEC, segretari verbalizzanti, saranno tenuti a sottoscrivere una dichiarazione di insussistenza di conflitti di interesse, prima di assumere qualsivoglia incarico.

- Obiettivo: Prevenire situazioni di parzialità o favoritismo
- Periodicità: Obbligo di sottoscrizione per ogni procedura, con verifica delle dichiarazioni da parte del Direttore/Responsabile di Struttura e del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

4.8.1. CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

Per l'analisi delle caratteristiche Socio-Demografiche si rimanda al paragrafo § 3.2.2 Contesto geo-demografico e Socio Sanitario”

4.9. Criminalità

La Direzione Nazionale Antimafia e Antiterrorismo ha presentato la Relazione del secondo semestre 2023, sulle attività svolte dal Procuratore nazionale e dalla Direzione nazionale antimafia e antiterrorismo nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso.

A Lecce e Provincia, rispetto al precedente semestre, non sono state registrate sostanziali variazioni degli assetti criminali.

Nel semestre in esame, sulla scorta delle attività d'informazione svolte dalla DIA sono stati emessi tre provvedimenti interdittivi antimafia e due provvedimenti di prevenzione collaborativa da parte della Prefettura di Lecce.

In data 11 luglio 2023, a Lizzanello, i Carabinieri hanno eseguito un provvedimento cautelare, nell'ambito dell'operazione denominata “De Matteis”, nei confronti di otto soggetti ritenuti responsabili di detenzione ai fini di spaccio di stupefacenti, ricettazione e porto illegale di armi.



Con il medesimo provvedimento è stato disposto anche il sequestro preventivo per equivalente di 117 mila euro circa nei confronti di altri indagati.



Il 12 settembre 2023, a Lecce, la Guardia di finanza ha eseguito un'ordinanza di custodia cautelare nei confronti di tre soggetti per associazione per delinquere e reati contro la Pubblica amministrazione, la fede pubblica e l'amministrazione della giustizia, accesso abusivo a sistema informatico e reati edilizi e ambientali. Nel provvedimento risultano complessivamente indagate 51 persone e sono state disposte anche misure personali e reali nei confronti di imprenditori e funzionari pubblici.

Il 15 settembre 2023 è divenuto irrevocabile il provvedimento di esecuzione di pene emesso nell'ambito dell'operazione "Tornado" (2019) in forza del quale il capo del sodalizio mafioso AMATO è stato condannato a 14 anni e 2 mesi di reclusione, mentre il figlio a 15 anni e 4 mesi di reclusione. Il provvedimento ha riguardato anche altri luogotenenti e affiliati del capo clan.

Il 27 settembre 2023 la DIA ha eseguito, nei confronti di un soggetto collegato con la Sacra Corona Unita residente a Francavilla Fontana, il sequestro finalizzato alla confisca di 7 appartamenti (di cui 3 in corso di costruzione), 3 box auto, 3 compendi aziendali e relative quote societarie, 1 opificio industriale, 2 fabbricati industriali, 3 terreni, 40 automezzi intestati alle predette società



e 14 rapporti finanziari costituiti da conti correnti, polizze assicurative e quote di fondi comuni di investimento, tutti riconducibili all'interessato, per un valore complessivo di oltre 8 milioni di euro.

Il 12 ottobre 2023, la DIA ha dato esecuzione ad un provvedimento di confisca di beni immobili, tra cui un appartamento in Olanda, per un valore complessivo di circa 1 milione di euro, nella disponibilità di un soggetto di origine leccese, con dimora in Brasile. I beni erano già oggetto di sequestro con decreto patrimoniale emesso il 6 luglio 2021 dal Tribunale di Lecce, sezione MP a seguito di proposta avanzata a firma del Direttore della DIA e del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Lecce, quale risultato di indagini patrimoniali e finanziarie finalizzate all'aggressione dei patrimoni illeciti accumulati anche all'estero.

La suddetta proposta, infatti, ha riguardato 2 terreni e 3 fabbricati ubicati nel Comune di Salve e un appartamento sito nel comune di Amstelveen (Olanda) risultati nella disponibilità del proposto. L'ipotesi formulata dalla DIA, ed accolta dal Tribunale di Lecce, ha evidenziato come il patrimonio sia risultato sproporzionato rispetto alle entrate lecite dell'intero nucleo familiare e pertanto, riconducibile a proventi delle attività delittuose. Il provvedimento in questione è stato eseguito, per quanto attiene al bene ubicato in Olanda, in applicazione della procedura prevista dal recente Regolamento 2018/1805 del Parlamento Europeo e del Consiglio, ed attivata dal Tribunale di Lecce con l'emissione di un Certificato di congelamento.

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

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

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

- possibile incremento del rischio di frazionamento artificioso oppure che il calcolo del valore stimato dell'appalto sia alterato in modo tale da non superare il valore previsto per l'affidamento diretto



- condizionamento dell'intera procedura di affidamento ed esecuzione dell'appalto attraverso:
- la nomina di un Responsabile Unico di Progetto (RUP) non in possesso di adeguati requisiti di professionalità ai sensi dell'art. 15, D. Lgs. n. 36/2023 e allegato I.2 al medesimo decreto
- affidamento degli incarichi di RUP al medesimo soggetto per favorire specifici operatori economici
- mancata rotazione degli operatori economici, secondo il criterio dei successivi due affidamenti ex art. 49, commi 2 e 4 del Codice, chiamati a partecipare e formulazione di inviti alla procedura ad un numero di soggetti inferiori a quello previsto dalla norma al fine di favorire determinati operatori economici a discapito di altri
- possibile abuso del ricorso alla procedura negoziata di cui agli artt. 76 in assenza del ricorrere delle condizioni e in particolare:
 - dell'unicità dell'operatore economico (comma 2, lett. b)
 - dell'estrema urgenza da eventi imprevedibili dalla stazione appaltante (comma 2, lett. c)
- omissione di controlli in sede esecutiva da parte del DL o del DEC sullo svolgimento delle prestazioni dedotte in contratto da parte del solo personale autorizzato con la possibile conseguente prestazione svolta da personale/operatori economici non autorizzati
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione riservata
- utilizzo improprio della procedura negoziata da parte della stazione appaltante ascrivibile all'incapacità di effettuare una corretta programmazione e progettazione degli interventi
- violazione del segreto d'ufficio
- pilotaggio di procedure istituzionali per favoritismi personali
- alterazione dei tempi di attesa
- elusione di regolamenti e norme per interessi personali
- conflitto di interessi da parte del personale aziendale con pregiudizio all'imparzialità dell'agire pubblico.

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



4.10. **Analisi del Rischio**

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

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

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

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019 e successivo PNA 2022, con aggiornamento 2023.

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

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità del processo
- Valore economico
- Frazionabilità del processo
- Presenza controlli
- Impatto organizzativo
- Impatto economico
- Impatto reputazionale

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

- Mancanza / inadeguatezza di controlli
- Mancanza di trasparenza
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento



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

Nel triennio 2025-2027 seguirà il perfezionamento della rilevazione delle fasi e delle attività dei processi sensibili nelle seguenti aree di rischio:

- ◆ Contratti pubblici
- ◆ Attività libero professionale
- ◆ Rapporti contrattuali con privati accreditati
- ◆ Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- ◆ Acquisizione del Personale
- ◆ Vigilanza, controlli ed ispezioni
- ◆ Assistenza protesica
- ◆ Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa
- ◆ Utilizzo beni aziendali
- ◆ Farmaceutica
- ◆ Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici
- ◆ Incarichi a consulenti/collaboratori

4.11. Ponderazione del Rischio

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

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



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

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

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

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

- ◆ Allegato B) – Analisi dei rischi (2025-2027)
- ◆ Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2025-2027)
- ◆ Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2025-2027)



4.12. Misure di Prevenzione

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

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

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

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

4.13. Monitoraggio e Riesame

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

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

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



4.14. Codici di Comportamento

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Codice di Comportamento – attuazione e monitoraggio periodico	Misura attuata	Numero provvedimenti disciplinari per violazione del Codice (su base annuale)	RPCT, Direzione Generale, UPD, Direttore Area Gestione del Personale, Direttori di Struttura
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Aggiornamento del Codice di comportamento con le modifiche introdotte dal D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023	Monitoraggio e attuazione del Codice	Monitoraggio e attuazione del Codice

Il Codice di Comportamento rappresenta uno dei principali strumenti di prevenzione dei fenomeni corruttivi, in quanto diretta a favorire la diffusione di comportamenti ispirati a standard di legalità ed eticità. Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, l'ASL di Lecce, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D. Lgs. n. 165/2001, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1778 del 22 ottobre 2014, ha adottato il proprio Codice di Comportamento, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle Linee Guida della Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Il Codice di Comportamento si applica a tutti i dipendenti e prevede l'estensione degli obblighi di condotta anche nei confronti di tutti i collaboratori o consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione, dei titolari di organi, nonché nei confronti di collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi o che realizzano opere a favore dell'Azienda.

Negli schemi tipo di incarico e contratti, viene inserita la condizione dell'osservanza dei Codici di Comportamento, nonché è prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal medesimo Codice. Ai sensi della Legge 190/2012, la violazione



delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e n. 62/2014, dà luogo a responsabilità disciplinare.

Nel corso del primo semestre 2025 è previsto l'aggiornamento del Codice di comportamento, alla luce delle modifiche introdotte dal D.P.R. n. 81 del 13 giugno 2023. Tale documento sarà integrato, per la prima volta in Azienda, dal Codice etico.

L'Azienda ritiene decisivo il coinvolgimento di tutto il personale in servizio per un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della prevenzione della corruzione e dei valori etici che sono alla base del Codice di Comportamento dell'amministrazione.

I dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a rispettare le prescrizioni contenute nel Piano e/o nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e prestare collaborazione alla RPCT.

In sede di predisposizione del Nuovo Codice di Comportamento sarà introdotto uno specifico dovere di collaborare attivamente con la RPCT. La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione/collaborazione previste nella sezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO integra la fattispecie di illecito disciplinare.

4.15. Rotazione del Personale

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento aziendale sulla rotazione e attuazione Piano della rotazione pluriennale	Misura in essere	Rotazioni attuate/ Rotazioni previste da Piano (> 70%)	- Direzione Generale - Direzione Area Personale - Responsabile della prevenzione della corruzione
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Redazione della Programmazione pluriennale della rotazione del personale	Monitoraggio della rotazione del personale	Monitoraggio della rotazione del personale



Il quadro normativo di riferimento attribuisce alla rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione una valenza fondamentale per la prevenzione della corruzione. Come specificato nel P.N.A., l'attuazione della misura richiede la preventiva identificazione delle strutture che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

Dalla valutazione dei rischi, è emerso che le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione sono quelle relative all'affidamento di lavori, servizi e forniture, al reclutamento del personale (concorsi, mobilità, incarichi ai dipendenti), alle attività di vigilanza, controllo e ispezione, nonché l'attività delle Commissioni mediche per il riconoscimento delle invalidità, per le quali tratteremo un capitolo a parte.

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

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

L'attuazione della misura comporta che:



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

La Direzione Generale aziendale ha provveduto alla redazione di specifico Regolamento per la rotazione degli incarichi dirigenziali e del comparto, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 2925 del 14.05.2018.

4.16. **Astensione per conflitto di interessi**

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Gestione dei conflitti di interesse	Attuata	% verifiche sulle segnalazioni effettuate su base annuale	RPCT e Referenti interni
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Acquisizione delle attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi da parte dei funzionari/RUP/DL/DEC per ogni procedura di gara	Monitoraggio conflitti di interesse	Monitoraggio conflitti di interesse
	Acquisizione delle attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi da parte dei dirigenti tecnici e professionali, Direttori di Distretto, Direttori di Dipartimenti, Dirigenti Avvocati, Avvocati convenzionati, e collaboratori Avvocati iscritti nell'Elenco Speciale dell'Albo degli Avvocati, oltre che dei dipendenti assegnati alle Aree ad alto rischio corruttivo (Area Gestione Personale, Area Gestione Patrimonio, Area Gestione Tecnica, Area Socio Sanitaria) e personale con incarichi di	Monitoraggio conflitti di interesse	Monitoraggio conflitti di interesse



	Funzione Organizzativa.		
--	-------------------------	--	--

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; L. n. 190/2012 art. 3 comma 2, art. 6 comma 2, art. 7 D.P.R. n. 62/2013);
- Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi (art. 6 *bis* L. n. 241/90, L. n. 190/2012 art. 6 comma 2 e art. 7 D.P.R. 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 D.P.R. 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 L. 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 D.P.R. n. 62/2013);
- Disposizioni specifiche sugli appalti (art. 42 D. Lgs. n. 50/2016);
- Art. 14 D.P.R. 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 D.P.R. 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 D.P.R. n. 62/2013);
- Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) di far parte di commissioni per l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001);
- Divieto di far parte di commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche e sindacali;
- Art. 51 c.p.c.;
- Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del Codice di comportamento, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi (art. 16 D.P.R. n. 62/2013).

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

- (A) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo, o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;
- (B) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;



- (c) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria;
- (d) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato.

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

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

Con le Linee guida recanti *"Individuazione e gestione di conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici"* (G.U. Serie generale n. 182 del 5.08.2019), l'ANAC ha definito l'ambito di applicazione del conflitto di interesse nelle procedure di gara. In particolare, l'art. 16 del nuovo Codice degli Appalti, ai sensi del D. Lgs. n. 36/2023, così dispone:

"1. Si ha conflitto di interessi quando un soggetto che, a qualsiasi titolo, interviene con compiti funzionali nella procedura di aggiudicazione o nella fase di esecuzione degli appalti o delle concessioni e ne può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, gli esiti e la gestione, ha direttamente o indirettamente un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia".

I soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla specifica procedura di gara e alle circostanze conosciute che potrebbero far insorgere detta situazione, devono rendere una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà e di certificazione ai sensi del D.P.R. n. 445/2000. La dichiarazione, resa per quanto a conoscenza del soggetto interessato, ha ad oggetto ogni situazione potenzialmente idonea a porre in dubbio la sua imparzialità e indipendenza. La dichiarazione è rilasciata al responsabile del procedimento.

Il funzionario, anche in qualità di RUP/DL/DEC, rilascia la dichiarazione sui conflitti di interesse al soggetto che lo ha nominato e/o al superiore gerarchico. Al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato.

La struttura competente provvede alla protocollazione interna, alla raccolta e alla conservazione delle dichiarazioni acquisite, nonché al loro tempestivo aggiornamento in occasione di qual-



sivoglia variazione sopravvenuta dei fatti dichiarati all'interno del fascicolo relativo alla singola procedura.

Ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 smi, i controlli delle dichiarazioni sostitutive sono effettuati a campione. Il controllo viene avviato in ogni caso in cui insorga il sospetto della non veridicità delle informazioni ivi riportate, ad esempio al verificarsi delle situazioni previste per legge o in caso di segnalazione da parte di terzi.

La partecipazione alla procedura da parte di un soggetto che versi in una situazione di conflitto di interessi comporta l'insorgere delle responsabilità, penali, amministrative e disciplinari.

Si prevede, a partire da febbraio 2025, l'acquisizione e pubblicazione in Amministrazione Trasparente, delle Attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi, secondo il modello aziendale, da parte dei seguenti profili professionali, ulteriori rispetto alle indicazioni della normativa vigente e dell'ANAC: tutti i Dirigenti tecnici e professionali, Direttori di Distretto Socio Sanitario, Direttori Medici di Presidio Ospedaliero, Direttori di Dipartimento (strutturati e tecnico-amministrativi), Dirigenti Avvocati, Avvocati convenzionati e Collaboratori Amministrativi Avvocati iscritti nell'Elenco Speciale degli avvocati dipendenti da enti pubblici, Titolari di Funzione Organizzativa.

I Dirigenti e dipendenti (collaboratori, assistenti, coadiutori) assegnati alle Aree a rischio corruttivo medio/elevato (Area Gestione Personale, Area Gestione Patrimonio, Area Gestione Tecnica, Area Socio Sanitaria, Risorse Finanziarie, Area Farmaceutica, Ufficio Alpi, CUP) renderanno annualmente, a partire da febbraio 2025, le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi ai rispettivi superiori gerarchici. Ciascun Responsabile dovrà acquisire formalmente dette dichiarazioni (con registrazione di protocollo interno) ed avrà cura di trasmetterle alla RPCT, nei soli casi in cui ravveda situazioni anche solo potenziali di conflitto di interesse.

Durante l'anno 2024 la RPCT ha monitorato le attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi non registrando particolari criticità.

4.17. **Prescrizioni medici specialisti / medici di base / pediatri di libera scelta**

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi	Misura attuata	% dichiarazioni e sottoscritte rispetto al totale dei professionisti	RPCT e Direzione Generale



		sti prescrittori di farmaci, dispositivi e gas medicali	
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio conflitti di interesse del personale medico prescrittore	Monitoraggio conflitti di interesse del personale medico prescrittore	Monitoraggio conflitti di interesse del personale medico prescrittore

Con recenti Deliberazioni e Circolari esplicative, la Giunta Regionale ha previsto misure non differibili per il contenimento della spesa sanitaria del S.S.R., anche al fine di garantire l'equilibrio economico finanziario negli esercizi 2023/2024. Tra i numerosi adempimenti è previsto che le Direzioni generali delle ASL definiscano idonee procedure interne finalizzate alla verifica e alla rimozione di tutte le situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, che possano influenzare il comportamento prescrittivo dei medici specialisti.

Con nota prot. n. 70707 del 9 maggio 2023 il Direttore Generale dell'ASL di Lecce, di concerto con la RPCT, ha richiesto la compilazione, da parte del personale prescrittore di farmaci, dispositivi e gas medicali, di un modello di Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da rendere secondo specifiche modalità.

Si prevede, nel corso dell'anno 2025, l'acquisizione delle Attestazioni di assenza conflitto di interessi anche da parte dei Medici di medicina generale e Pediatri di libera scelta, in collaborazione con l'Ordine dei Medici della Provincia di Lecce, per il tramite della U.O.S. "Gestione Rapporti Personale Convenzionato".

Durante l'anno 2024 la RPCT ha monitorato le attestazioni ricevute dal personale medico prescrittore non rilevando criticità.

4.18. Incarichi extra-istituzionali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	Misura attuata	% verifiche sulle richieste autorizzative	RPCT e Responsabili interni
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	Monitoraggio autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	Monitoraggio autorizzazioni incarichi extra-istituzionali



	Nuovo Regolamento sulla disciplina degli incarichi extra - istituzionali	Monitoraggio e attuazione del regolamento	Monitoraggio e attuazione del regolamento
--	--	---	---

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"*. Il Regolamento in questione dev'essere aggiornato alla luce della nuova normativa e dei chiarimenti ANAC in materia
- ◆ 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 va-



lutare 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 e s.m.i., 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 indebitamente percettore, con esplicita indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti.

Durante il monitoraggio delle misure applicate per l'anno 2024 sono state verificate a campione alcune autorizzazioni ad incarichi extra istituzionali, senza rilevare alcuna criticità.

4.19. Pantouflage

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
<i>Anti-pantouflage</i>	Misura attuata	Controlli a campione (almeno 15%) sulla presenza clausole anti-pantouflage in bandi di gara e contratti	RPCT e Referenti interni
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio a campione dei casi di possibile <i>pantouflage</i> (5%)	Monitoraggio a campione dei casi di possibile <i>pantouflage</i> (10%)	Monitoraggio a campione dei casi di possibile <i>pantouflage</i> (15%)

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



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

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

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

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 *ter*, del D. Lgs. n. 165/2001 e dell'art. 21 del D. Lgs. n. 39/2013, con nota prot. n. 71681 del 15.03.2024, l'Ufficio Unico per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza ha stabilito alcune indicazioni da attuare in caso di cessazione del rapporto lavorativo del dipendente, rappresentando quanto segue.

E' previsto l'obbligo di inserire:

- A) nei bandi di gara, anche mediante apposita procedura negoziata, nonché negli atti di autorizzazione, concessione, sovvenzione, contributo, sussidio, vantaggio economico di qualunque genere a persone, ad enti pubblici e privati, come pure nelle convenzioni comunque stipulate dall'Amministrazione, la previsione relativa all'assenza di incarichi a qualsiasi titolo attribuiti in violazione dell'art. 53, c. 16-*ter*, del D. Lgs. n. 165/2001 e un richiamo esplicito alle sanzioni in cui incorrono i soggetti per i quali emerge il mancato rispetto della norma in questione
- B) nei contratti di assunzione del personale stipulati dall'Amministrazione ovvero negli atti di conferimento a qualsiasi titolo di incarico 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 di lavoro nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.



L'obbligo, prima della risoluzione del rapporto di lavoro, per qualsiasi causa, per i dipendenti interessati (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D. Lgs. n. 163 del 2006) di:

- A) compilare e sottoscrivere il modulo allegato alla nota trasmessa, da consegnare all'Area Gestione del Personale;
- B) trasferire al Direttore/Responsabile di riferimento, entro la scadenza disposta dallo stesso, tutti i documenti e dati informatici in proprio possesso;
- C) restituire al Direttore/Responsabile di riferimento, entro l'ultimo giorno di effettivo servizio, tutti i beni (attrezzature sanitarie portatili, pc portatili, cellulari, ecc.) ricevuti in comodato dall'Azienda per l'espletamento della propria attività lavorativa.

L'Azienda 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 e s.m.i.

Durante il monitoraggio delle misure applicate per l'anno 2024 sono state verificate a campione alcune attestazioni rilasciate sia dal personale dipendente che negli atti di gara, senza rilevare criticità.

4.20. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Attestazioni di inconferibilità ed incompatibilità	Misura attuata	% Pubblicazione delle attestazioni sul totale dei ruoli dirigenziali (100%)	Referenti RPCT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio dei casi di incompatibilità e inconferibilità (controlli a campione: 10%)	Monitoraggio dei casi di incompatibilità e inconferibilità (controlli a campione: 10%)	Monitoraggio dei casi di incompatibilità e inconferibilità (controlli a campione: 10%)

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle Pubbliche Amministrazioni si osservano le disposizioni contenute nel D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, "Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, del-



la 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 Amministrazione Trasparente dell'ASL di Lecce sono pubblicate le dichiarazioni di inconferibilità ed incompatibilità rese dai dipendenti con "*incarichi di funzione dirigenziale, comunque denominati, che comportano l'esercizio in via esclusiva delle competenze di amministrazione e gestione*".

I titolari di incarichi dirigenziali - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non) - svolti nell'ambito degli enti del Servizio Sanitario, rientrano nella definizione di "*incarichi dirigenziali interni e esterni*" di cui all'art. 3, co.1, lett. c) del D. Lgs. n. 39/2013 ss.mm.ii. (delibera ANAC n. 1146 del 25 settembre 2019)

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.

In fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2024, sono state rilevate le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità, con particolare riferimento al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, dei Dirigenti amministrativi e tecnici, altresì effettuando controlli interni senza rilevare criticità.

4.21. Formazione di Commissioni e assegnazione agli Uffici

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento interno per formazione Commissioni di gara	attuata	Presenza/assenza di Regolamento	RPCT – Direzione Generale – Area del Personale - Area gestione del patrimonio – Area gestione tecnica
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Controlli attestazioni rilasciate dai componenti di Commissione di gara (controlli a campione: 10%)	Controlli attestazioni rilasciate dai componenti di Commissione di gara e concorso (controlli a campione: 10%)	Controlli attestazioni rilasciate dai componenti di Commissione di gara e concorso (controlli a campione: 10%)



	Regolamento interno sulle commissioni di concorso, anche nell'ottica della parità di genere	Monitoraggio ed attuazione del regolamento	Monitoraggio ed attuazione del regolamento
--	---	--	--

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 che:

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

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



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

Si segnalano i seguenti aspetti rilevanti:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale di primo grado)
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui siano titolari di posizioni organizzative)
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

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

Relativamente alle Commissioni di gara e di concorso, alla nomina di RUP, DL, DEC, si reitera l'obbligo di acquisizione dei *curricula* dei componenti di commissione e di attestazione di assenza di conflitto di interesse, da rendere all'atto della designazione, rispetto alla procedura di riferimento. Nell'atto di designazione, i *curricula* dei componenti di Commissione, secondo il modello aziendale, **devono obbligatoriamente contenere la formula di assenza da conflitto di interessi ed essere allegati, a pena di nullità, al provvedimento di nomina (delibera o determina), pubblicato sul sito web aziendale.**

Tale disposizione realizza l'obiettivo di responsabilizzare ciascun componente di Commissione circa la resa pubblica della dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità che, in caso di affermazioni mendaci, integra anche il reato di falso in atto pubblico.



Nel corso dell'anno 2024 non sono emerse criticità con riferimento ai componenti delle Commissioni di gara e Commissioni di concorso.

4.22. Commissioni per l'accertamento delle invalidità

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Indicazione dei requisiti di ammissione alle Commissioni mediche per l'accertamento delle invalidità, attraverso l'adozione di un Regolamento che ne disciplini anche il funzionamento	Misura attuata	Presenza/assenza di Regolamento	RPCT – Direzione Generale – Dipartimento di prevenzione – Responsabile per la trasparenza
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Attuazione del regolamento interno mediante controlli (controlli a campione: 15%)	Attuazione del regolamento interno mediante controlli (controlli a campione: 15%)	Attuazione del regolamento interno mediante controlli (controlli a campione: 15%)

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*
- creazione e pubblicazione di un albo dei componenti esperti e di nuova nomina
- 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.



E' stato adottato il “Regolamento per la costituzione e il funzionamento delle Commissioni mediche competenti per l'accertamento delle invalidità civili, della disabilità, ai sensi della legge 5 febbraio 1992, n. 104, della capacità lavorativa residua, ai fini dell'inserimento mirato nel mondo del lavoro, ai sensi della legge 12 marzo 1999 n. 68”, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 592 del 18 settembre 2023.

Nel corso dell'anno 2024 non sono emerse criticità circa il funzionamento delle preesistenti Commissioni per l'accertamento delle invalidità. Per l'anno 2025, si intende dare impulso alla ricostituzione delle Nuove Commissioni Mediche, alla luce delle disposizioni di cui al Regolamento aziendale adottato con DDG n. 592 del 18.09.2023.

4.23. Tutela del Whistleblower

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Aggiornamento procedura per la gestione delle segnalazioni di illeciti	Misura attuata	% segnalazioni istruite sul totale delle segnalazioni ricevute (target 100%)	RPCT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio su modalità e tempi di gestione della segnalazione	Monitoraggio su modalità e tempi di gestione della segnalazione	Monitoraggio su modalità e tempi di gestione della segnalazione

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

La piattaforma web, resa disponibile dall'ASL di Lecce, consente di dialogare con i segnalanti previa identificazione oppure in modo del tutto anonimo, con crittografia dei dati (<https://wb.anticorruzioneintelligente.it/anticorruzione/index.php?codice=ZGBQN0&dipendente=1>).

Con il D. Lgs. n. 24/2023 aumentano le condotte meritevoli di segnalazione; la disciplina prevista dal decreto si estende infatti anche alle violazioni che possano ledere gli interessi dell'Unione Europea. Ricadono nella normativa anche le violazioni di disposizioni normative nazionali o dell'Unione Europea che ledono l'interesse pubblico o l'integrità della Pubblica Amministrazione o dell'ente privato, inclusi gli illeciti amministrativi, contabili, civili o penali. Rimangono, inve-



ce, escluse dal decreto le segnalazioni circa i rapporti individuali di lavoro e quelle in materia di sicurezza e difesa nazionale.

Nel corso dell'anno 2024 è stata garantita l'attività di verifica ed analisi delle segnalazioni ricevute secondo la procedura aziendale di "whistleblowing" conforme alle disposizioni di cui al D. Lgs. 10 marzo 2023, n. 24. È stato, inoltre, aggiornato il Regolamento per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e tutela dei segnalanti (whistleblowing) a seguito dell'entrata in vigore del D. Lgs. n. 24/2023, con deliberazione D.G. n. 20 del 11.01.2024.

4.24. Formazione

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Formazione aziendale	Misura attuata	Verifica registri partecipanti Numero corsi e numero partecipanti sul totale degli invitati	RPCT - Area Formazione
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Incremento delle attività di sensibilizzazione e formazione (+5%)	Incremento delle attività di sensibilizzazione e formazione (+10%)	Incremento delle attività di sensibilizzazione e formazione (+15%)

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.

L'individuazione dei partecipanti ai singoli percorsi formativi, sia di livello generale che specifico, avverrà da parte della RPCT d'intesa con il Direttore/Responsabile di Struttura e con il Responsabile della Formazione, tenuto conto del ruolo affidato e delle aree a maggior rischio di corruzione individuate nel Piano e nel rispetto dei seguenti criteri:

- rotazione delle unità individuate, in modo da garantire la formazione di tutto il personale operante nei settori a più elevato rischio di corruzione
- omogeneità delle caratteristiche professionali dei partecipanti, in relazione alle attività svolte.

La Responsabile della Prevenzione della Corruzione sovrintende alla programmazione e alla realizzazione delle attività di formazione, nonché alla verifica dei suoi risultati effettivi. Dell'attività di formazione realizzata nell'anno di riferimento viene dato atto nella relazione annuale di cui all'art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012 e s.m.i..



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
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio patti di integrità (controlli a campione su contratti: 20%)	Monitoraggio patti di integrità (controlli a campione su contratti: 30%)	Monitoraggio patti di integrità (controlli a campione su contratti: 40%)

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

Nel corso dell'anno 2024 non sono emerse violazioni al Patto di integrità aziendale.

4.26. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Diffusione mediante il sito web istituzionale delle iniziative intraprese	Misura attuata	Pubblicazioni sul sito web istituzionale delle iniziative programmate sul totale delle iniziative avviate (100%)	RPCT
Programmazione triennale	2025	2026	2027



	Incremento attività di sensibilizzazione (almeno 1 evento)	Incremento attività di sensibilizzazione (almeno 2 eventi)	Incremento attività di sensibilizzazione (almeno 2 eventi)
--	--	--	--

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 sarà svolto dalla UOSD Comunicazione Informazione Istituzionale che rappresenta, per missione istituzionale, la prima interfaccia con la cittadinanza.

4.27. Monitoraggio dei tempi procedurali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Informatizzazione dei processi tramite censimento dei procedimenti, delle singole fasi che li compongono, dei soggetti incaricati.	Misura attuata	Avvio procedura informatizzata Statistiche su procedimenti monitorati	Direzione Generale Responsabile della prevenzione della corruzione Direttori/Responsabili macro strutture aziendali
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio su campione procedimenti (10%)	Monitoraggio su campione procedimenti (20%)	Monitoraggio su campione procedimenti (30%)

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

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



formatizzazione dei processi su descritta, il monitoraggio avverrà a campione sulle pratiche già istruite.

4.28. Monitoraggio dei rapporti con Soggetti esterni

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

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Monitoraggio a campione sui rapporti tra amministrazione /soggetti terzi.	Misura attuata	Statistiche su monitoraggio effettuato.	Responsabile della prevenzione della corruzione Direttori/Responsabili macro strutture aziendali.
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio a campione dei casi di possibile C.I. (5%)	Monitoraggio a campione dei casi di possibile C.I. (10%)	Monitoraggio a campione dei casi di possibile C.I. (15%)

Sulle modalità di gestione dei conflitti di interesse si rinvia al paragrafo **§ 4.16** Astensione per conflitto di interessi.

Nel corso dell'anno 2024 non sono emerse criticità nell'ambito dei conflitti di interessi del personale aziendale con soggetti esterni.



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

Il monitoraggio sull'implementazione delle misure previste nel presente Piano avviene mediante una piattaforma web collaborativa alimentata dai Referenti della RPCT 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 annuale del Responsabile della prevenzione sull'attività svolta.

Per dettagli si rinvia all'“Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2025”.

4.30. Responsabile R.A.S.A.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Nomina RASA	attuata	SI	RPCT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Eventuale aggiornamento RASA	Eventuale aggiornamento RASA	Eventuale aggiornamento RASA

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.

La ASL di Lecce, con deliberazione n. 2679 del 16 dicembre 2018 ha individuato quale RASA il dirigente amministrativo Responsabile dell'Area del Patrimonio.

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” ha designato 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	Stato Attuazione	Indicatori	Responsabili
Aggiornamento e pubblicazione del MOG 231	Misura attuata	Presenza modello di organizzazione e gestione con misure integrative anticorruttive (SI)	- Amministratore Unico - Socio Unico (Direttore Generale) - Direttori delle Aree (Personale, Patrimonio e Risorse) coinvolte nel controllo analogo
Programmazione	2025	2026	2027



triennale			
	Monitoraggio trasparenza società controllata	Monitoraggio trasparenza società controllata	Monitoraggio trasparenza società controllata

4.32. Gestore segnalazioni UIF

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Nomina gestore UIF e regolamentazione	Misura attuata	Applicazione Regolamento antiriciclaggio (SI)	RPCT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio e attuazione del Regolamento antiriciclaggio	Monitoraggio e attuazione del Regolamento antiriciclaggio	Monitoraggio e attuazione del Regolamento antiriciclaggio

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante “*determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione*”, l'ASL di Lecce ha designato il Gestore UIF approvando il Regolamento interno in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, giusta deliberazione n. 388 del 18.03.2021.

Nel corso dell'anno 2024 non risultano segnalazioni interne al Gestore antiriciclaggio per anomalie o sospetti rilevati.

4.33. Referente Monitoraggio Opere Pubbliche

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Monitoraggio degli interventi mediante l'inserimento dei dati richiesti nel portale del MEF (BDAP)	Misura attuata	Aggiornamento portale BDAP (SI)	Referente AGT
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio su por-	Monitoraggio su porta-	Monitoraggio su portale



	tale BDAP	le BDAP	BDAP
--	-----------	---------	------

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 D. Lgs. n. 229/2001, designando il referente interno dell'Area Gestione Tecnica.

Per dettagli sul monitoraggio opere pubbliche dell'ASL di Lecce si rinvia all'indirizzo https://openbdap.rgs.mef.gov.it/BO/OpenDocument?modalita=link&docID=FgAUHFlfxgsAFwYAAACHA-iUbeOO1D67w&T=BusinessObject&idType=CUID&noDetailsPanel=true&X_Ente=04008300750.

4.34. Sponsorizzazioni

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Sponsorizzazioni	Misura attuata	Adozione regolamento	RPCT - Direzione
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio e attuazione del Regolamento su sponsorizzazioni	Monitoraggio e attuazione del Regolamento su sponsorizzazioni	Monitoraggio e attuazione del Regolamento su sponsorizzazioni

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

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



L'ASL di Lecce ha adottato l'aggiornamento della procedura aziendale per la partecipazione di dipendenti e convenzionati a corsi di formazione sponsorizzati, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 973 del 29.12.2023.

Nel corso dell'anno 2025 è previsto l'aggiornamento del Regolamento per una corretta gestione dei contratti di sponsorizzazione di lavori, servizi e forniture, ai sensi del nuovo Codice dei Contratti (D. Lgs. n. 36/2023).

4.35. Attività conseguenti al decesso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Attività conseguenti al decesso	Misura attuata	presenza elenchi per PP.OO.	RPCT - Direzioni PP.OO.
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Pubblicazione ditte di onoranze funebri autorizzate Regolamento per la gestione dei decessi in ospedale e gestione degli obitori ospedalieri della ASL di Lecce	Aggiornamento della pubblicazione ditte di onoranze funebri autorizzate Monitoraggio e attuazione del regolamento	Aggiornamento della pubblicazione ditte di onoranze funebri autorizzate Monitoraggio e attuazione del regolamento

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 provinciale, dal quale eventualmente i cittadini interessati potranno scegliere, senza interferenze eventuali da parte del personale aziendale. Tale Elenco è annualmente aggiornato ed estratto dagli Archivi della Camera di Commercio di Lecce. I dipendenti sono informati del divieto di segnalare ditte esterne e di procacciare affari per conto di imprese funebri, in linea con le disposizioni contenute nel vigente Codice comportamentale aziendale.

Nel corso dell'anno 2025 è prevista la pubblicazione in "Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti", delle Ditte di onoranze funebri autorizzate ad operare sul territorio, oltre all'adozione di



un apposito Regolamento che disciplini la gestione dei decessi in Ospedale e gli obitori ospedalieri.

4.36. Donazioni e Comodati d'Uso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Donazioni e comodati d'uso	Misura attuata	Presenza/assenza Regolamento	RPCT - Direzione Generale
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio e attuazione del Regolamento su donazioni (controlli a campione 10%)	Monitoraggio e attuazione del Regolamento su donazioni (controlli a campione 15%)	Monitoraggio e attuazione del Regolamento su donazioni (controlli a campione 20%)

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

L'ASL di Lecce, nel corso dell'anno 2021, ha adottato uno specifico Regolamento per l'accettazione di donazioni di beni mobili/immobili e per l'acquisizione di beni mobili in comodato d'uso gratuito ed in prova/visione, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1027 del 23.12.2021.

4.37. Gestione ALPI e Liste di attesa

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
ALPI e liste di attesa	Misura attuata	Numero Regolamentazioni adottate	RPCT - Direzione Generale
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Monitoraggio e attuazione del Regolamento ALPI	Monitoraggio e attuazione del Regolamento ALPI	Monitoraggio e attuazione del Regolamento ALPI



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

L'ASL di Lecce ha adottato uno specifico Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria del personale dirigente dell'Area Sanità, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 231 del 26/02/2020, aggiornato con deliberazione n. 633 del 22/07/2021. Tale regolamento è stato revisionato complessivamente con deliberazione D.G. n. 1344 del 22.11.2024, con cui è stato adottato il nuovo Regolamento disciplinante l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria.

Altresì è stato costituito l'organismo paritetico di promozione e verifica dell'attività libero professionale intramuraria (ALPI), giusta deliberazione del Direttore Generale n. 84 del 31/01/2022, rettificato con deliberazione n. 31 del 13.03.2023.



4.38. Affidamento di forniture di beni e servizi sotto soglia

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamentazione sulla disciplina degli affidamenti di lavori e forniture di beni e servizi di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria	Misura da attuare	Adozione Regolamento (SI)	RPCT - Direzione Sanitaria
Programmazione triennale	2025	2026	2027
	Adozione di regolamento su affidamenti sotto soglia ai sensi degli art. 48 e ss. del D. Lgs. n. 36/2023	Monitoraggio e attuazione del Regolamento	Monitoraggio e attuazione del Regolamento

L'Asl di Lecce prevede di adottare, entro l'anno 2025, uno specifico Regolamento sulla disciplina degli affidamenti sotto soglia, volto a disciplinare le procedure per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, di importo inferiore alle soglie comunitarie vigenti, ai sensi degli artt. 48 e ss. del D. Lgs. 31.03.2023, n. 36, recante "Codice dei contratti pubblici".

Inoltre, d'accordo con la Direzione Amministrativa aziendale, l'Ufficio Unico per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza si occuperà di effettuare un monitoraggio costante su tutti gli affidamenti diretti condotti dall'Ufficio Gare Ospedaliere, dalla U.O.S.V.D. Coordinamento dei Servizi Amministrativi Territoriali e dalla Direzione Amministrativa del P.O. Fazzi di Lecce, coinvolgendo la Funzione Organizzativa "Controlli Amministrativi aziendali".

A tali Strutture, Sarà richiesto un *report* mensile sulle procedure di affidamento diretto, secondo un modello standard, nel quale si dettagliano le ragioni dell'affidamento e si dimostra l'applicazione del principio di rotazione degli operatori.

Inoltre, saranno disposti controlli sistematici sulle autodichiarazioni, rese dalle Ditte aggiudicatrici, sul possesso dei requisiti professionali per gli affidamenti diretti sotto la soglia dei 40 mila euro.



4.39. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, l'ASL di Lecce, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 “Salute”.

La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento Regionale è avvenuta con nota n. 169043 del 12 novembre 2021, così come integrata in data 28 gennaio 2022.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

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

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

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



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

4.40. Trasparenza Amministrativa

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

La Legge n. 190/2012 smi 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. 33/2013, modificato ed integrato dal D. Lgs. n. 97/2016, è stata rafforzata la qualificazione della trasparenza intesa, già con il D. Lgs. n. 150/2009, 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.

Nel triennio 2025-2027 è prevista l'implementazione di specifiche misure di trasparenza, alla luce delle istruzioni operative dell'ANAC per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione, giusta deliberazione n. 495/2024. Con tale delibera sono stati messi a disposizione tre nuovi schemi relativi alla trasparenza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, agli obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e a quelli concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione. Tale provvedimento, inoltre, ha reso disponibili ulteriori dieci schemi non ancora definitivamente approvati, per una



sperimentazione di un anno su base volontaria da parte di amministrazioni ed enti che intendano avviare una fase pilota.

Altresì, è prevista la rivisitazione del processo di pubblicazione degli atti e informazioni nell'Amministrazione Trasparente, secondo un iter di validazione dei seguenti requisiti di qualità:

1. *Integrità*: il dato non deve essere parziale
2. *Completezza*: la pubblicazione deve essere esatta, accurata, esaustiva e riferita a tutti gli uffici dell'Amministrazione, ivi comprese le eventuali strutture interne e gli uffici periferici. Per quanto riguarda l'esattezza essa fa riferimento alla capacità del dato di rappresentare correttamente il fenomeno che intende descrivere. L'accuratezza, invece, concerne la capacità del dato di riportare tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative
3. *Tempestività*: le informazioni, i dati e i documenti vanno pubblicati nell'immediatezza della loro adozione
4. *Costante aggiornamento*: il dato deve essere attuale e aggiornato rispetto al procedimento a cui si riferisce. In corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente", le amministrazioni indicano la data di aggiornamento
5. *Semplicità di consultazione*: il dato deve essere organizzato in modo da consentirne agevolmente la consultazione, ad esempio evitando articolazioni complesse o ripetuti rinvii esterni
6. *Comprensibilità*: il dato deve essere chiaro e facilmente intellegibile nel suo contenuto
7. *Omogeneità*: il dato deve essere coerente e non presentare contraddittorietà rispetto ad altri dati del contesto d'uso dell'amministrazione che lo detiene
8. *Facile accessibilità e riutilizzabilità*: il dato deve essere predisposto e pubblicato in formato aperto ai sensi dell'art. 1, co. 1, lett. l-bis) e l-ter) del D. Lgs. n. 82/2005 "Codice dell'amministrazione digitale" e deve essere riutilizzabile senza ulteriori restrizioni. Le amministrazioni non possono disporre filtri e altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca *web* di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione "Amministrazione trasparente"
9. *Conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione*: occorre assicurare la conformità dei documenti pubblicati all'originale; qualora il dato sia alimentato dai contenuti di atti o documenti, è necessario che non ne sia alterata la sostanza
10. *Indicazione della loro provenienza*: qualora il dato sia il risultato di una rielaborazione di atti o documenti, è necessario indicarne la fonte
11. *Riservatezza*: la diffusione tramite il sito istituzionale e il trattamento del dato deve rispettare i principi sul trattamento dei dati personali.



Per dettagli sugli obblighi di pubblicazione ai sensi del Decreto Trasparenza (D. Lgs. 33/13 e s.m.i.) e dei Responsabili della comunicazione e della trasmissione dei dati in Amministrazione Trasparente si rinvia all'Allegato F) - Obblighi di trasparenza 2025-2027".

4.41. **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. La 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, la RPCT può richiedere, se ritenuto necessario, il supporto del Responsabile della Protezione dei Dati.

4.42. **Allegati**

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

- Allegato B) – Analisi dei rischi (2025-2027)
- Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2025-2027)
- Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2025-2027)
- Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2025
- Allegato F) – Obblighi di trasparenza 2025-2027
- PIAO 2025-2027



ASL Lecce

PugliaSalute

Piano Integrato di
Attività e Organizzazione
PIAO 2025 - 2027

5. Organizzazione e Capitale Umano

5.1. **Struttura Organizzativa**

Per i contenuti relativi alla struttura organizzativa si rimanda al paragrafo **§ 3.2.5** Il contesto interno - L'Articolazione Organizzativa.



6. Organizzazione del Lavoro Agile

6.1. Premessa interpretativa

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

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

6.2. Premessa Organizzativa ed Operativa

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

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

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

6.3. Normativa e Regolamentazione di riferimento

- **Legge 124 del 7 agosto 2015 (Legge Madia) Art. 14** "Promozione della condizione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche"
- **Direttiva 3 del 1 giugno 2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri** recante Indirizzi per l'attuazione del commi 1 e 2 dell'art. 14 della L. 124/2015 e Linee guida contenenti regole inserenti all'organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro di dipendenti
- **Legge 81 del 22 maggio 2017 Capo II Lavoro agile**



- **Circolare INAIL 48 del 2 novembre 2017** ad oggetto “Lavoro agile. Legge 81/2017 artt. 18-23. Obbligo assicurativo e classificazione tariffaria, retribuzione imponibile, tutela assicurativa, tutela della salute e sicurezza dei lavoratori. Istruzioni operative”
- **Direttiva Presidenza del Consiglio dei Ministri del 1 luglio 2017** ad oggetto “Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri recante gli indirizzi per l’attuazione dell’art 14 della legge 7/8/2015 n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”
- **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020 Art. 2 Lavoro agile**
- **Direttiva 2/2020 del 12 marzo 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto “Indicazioni in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da Covid 19 nelle PPAA di cui all’art.1 D., Lgs 165/2001” - Art. 3 “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa”
- **Circolare esplicativa 2/2020 del 2 aprile 2020** della Presidenza del Consiglio dei Ministri ad oggetto “Misure recate dal D.L. n. 18/2020 recante “Misure di potenziamento del S.S.N. e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da Covid 19” – Art. 2 “Le misure dell’art. 87 del DL n. 18/2020 in materia di prestazione lavorativa”
- **Direttiva 3/2020 del 5 maggio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri** ad oggetto “Modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nell’evolversi della situazione epidemiologica da parte delle Pubbliche Amministrazioni” – Art. 2 “Le modalità di svolgimento della prestazione lavorativa nella fase due” e Art. 3 “Monitoraggio e misure organizzative di incentivazione del lavoro agile”
- **D.L. 34 del 18 maggio 2020** ad oggetto “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché alle politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid-19” - Art. 90 “Lavoro agile” e Art. 263 “Disposizioni in materia di flessibilità del lavoro pubblico e di lavoro agile”
- **Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020** che modifica l’allegato III della direttiva 2000/54/CE del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda l’inserimento del SARS-CoV-2 nell’elenco degli agenti biologici di cui è noto che possono causare malattie infettive nell’uomo e che modifica la direttiva (UE) 2019/1833 della Commissione
- **Legge 77 del 17 luglio 2020:** Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19
- **Circolare 3/2020 del 24 luglio 2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri:** Indicazioni per il rientro in sicurezza sui luoghi di lavoro dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni
- **Protocollo quadro “Rientro in sicurezza”** del Ministro per la Pubblica Amministrazione-Organizzazioni Sindacali del 24 luglio 2020
- **Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020:** Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili
- **D.L. 83 del 30 luglio 2020:** Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020
- **Circolare dei Ministri del Lavoro e politiche sociali e della Salute del 4 settembre 2020:** “Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020 recante “Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS- CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività”. Aggiornamenti e chiarimenti con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici “fragili”
- **D.L. 111 del 8 settembre 2020:** Disposizioni urgenti per far fronte a indifferibili esigenze finanziarie e di sostegno per l’avvio dell’anno scolastico, connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19
- **Delibera del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020:** Proroga dello stato di emergenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili



- **D.L. 125 del 7 ottobre 2020** ad oggetto “Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid 19 per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l’attuazione della Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020”
- **Legge n. 126 del 13 ottobre 2020** di conversione del D.L. 104/2020
- **DPCM 13 ottobre 2020:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
- **DPCM 18 ottobre 2020:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
- **Decreto del Ministro per la P.A. del 19 ottobre 2020:** Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale
- **DPCM del 24 ottobre 2020:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
- **DPCM del 3 novembre 2020:** Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»
- **Legge n. 159 del 27 novembre 2020** di conversione del D.L. 125 del 7 ottobre 2020 ad oggetto “Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da Covid 19 per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l’attuazione della Direttiva UE 2020/739 del 3 giugno 2020”
- **Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA)** e indicatori di performance della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Funzione Pubblica, Dicembre 2020 versione 1.0
- **Decreto del Ministro per la P.A. del 23 dicembre 2020:** Proroga delle disposizioni di cui al decreto 19 ottobre 2020, recante «Misure per il lavoro agile nella pubblica amministrazione nel periodo emergenziale»
- **Decreto Legge 31 dicembre 2020, n. 183** (c.d. Decreto "Mille Proroghe"), recante "Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi, di realizzazione di collegamenti digitali, di esecuzione della decisione (UE, EURATOM) 2020/2053 del Consiglio, del 14 dicembre 2020, nonché in materia di recesso del Regno Unito dall'Unione Europea"
- **Decreto Legge 30 Aprile 2021, n. 56,** “Accesso al lavoro agile con procedura semplificata”
- **DPCM 23 settembre 2021** “Disposizioni in materia di modalità ordinaria per lo svolgimento del lavoro nelle pubbliche amministrazioni.”
- **LEGGE 25 febbraio 2022, n. 15** Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 dicembre 2021, n. 228, recante disposizioni urgenti in materia di termini legislativi (Decreto Mille Proroghe)
- **Direttiva “Lavoro Agile” del 29/12/2023** - Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ministro per la Pubblica Amministrazione
- **Decreto Legislativo n. 29/2024** - “ Decreto Anziani”



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

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.

Con l'introduzione del lavoro agile è consentito, al personale con vincolo di subordinazione in servizio presso la Azienda Sanitaria Locale di Lecce, lo svolgimento delle prestazioni lavorative contrattualmente dovute, in ambienti diversi dalla sede di lavoro nel rispetto dell'orario di lavoro ordinariamente assegnato e del raggiungimento degli obiettivi di massima stabiliti con il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza durante l'espletamento dell'attività nella modalità di lavoro agile temporaneamente autorizzata.

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

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.

Ogni lavoratore presenterà l'istanza di richiesta di lavoro agile (utilizzando lo specifico modulo Allegato G) "Istanza di Accesso per la Modalità in Lavoro Agile" al competente Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza.

Il Direttore e/o Dirigente Responsabile, Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà l'istanza del lavoratore tenendo conto, oltre di quanto indicato al punto **§ 6.6** Obiettivi del Lavoro Agile, prioritariamente, delle seguenti condizioni:



- a. Lavoratore portatore di patologie invalidanti, auto certificate e/o documentate attraverso certificazione proveniente da medici di struttura pubblica (Decreto Min. della Salute 04/02/2022)
- b. Lavoratore che usufruisce dei permessi giornalieri retribuiti ai sensi dell'art. 3, comma 3, L.104/92 (autocertificazione)
- c. Lavoratore su cui grava la cura dei figli – sino ai dodici anni di età - a seguito o meno della contrazione dei servizi educativi scolastici (autocertificazione - ad esempio: asilo nido, scuola dell'infanzia, scuola primaria, ecc.)
- d. Lavoratore la cui residenza/domicilio/dimora è posto a distanze uguali o superiori ai 50 Km dalla sede di lavoro (autocertificazione)
- e. Lavoratrice madre in gravidanza o nei tre anni successivi alla conclusione del congedo di maternità ex art. 16 D.lgs. 151/2001 (autocertificazione)
- f. Ulteriori elementi che il competente Direttore e/o Dirigente Responsabile Responsabile della Struttura di Appartenenza valuterà in forma discrezionale nel rispetto delle priorità sopra citate (documentazione a sostegno)

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

Il Direttore o il Dirigente Responsabile deve valutare e, nel caso, autorizzare, le richieste per l'accesso all'istituto del Lavoro Agile contemperando sia le esigenze del lavoratore richiedente sia il regolare funzionamento della propria struttura con specifico riferimento a quanto riportato al punto **§ 6.5** 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 G) – "Istanza di Accesso per la Modalità in Lavoro Agile", al Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza che le valuterà secondo quanto previsto al paragrafo **§ 6.5** Ambito Oggettivo di Applicazione 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 rispet-



tava 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** Indicatori di Performance Individuale, 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** Attori Coinvolti nella Conduzione dell'Organizzazione del Lavoro Agile, agli indirizzi PEC di seguito riportati:

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

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

6.13. CCNL e Normativa Vigente

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

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



6.14. Dotazione Tecnologica del Dipendente

Differentemente da quanto previsto nel paragrafo § 6.5 Ambito Oggettivo di Applicazione, 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 "Applicazioni" del portale Intranet raggiungibile all'indirizzo <https://intranet.asl.lecce.it>: la fruizione di tali applicativi è vincolata alla presenza di una VPN autorizzata ed attiva.
- C. In presenza della necessità di fruire di dati/informazioni memorizzati sulla postazione utilizzata dal dipendente, il Direttore e/o Dirigente Responsabile della Struttura di Appartenenza, valutate le modalità di minore impatto organizzativo, consentirà l'accesso temporaneo agli uffici al dipendente al fine di consentire il reperimento della documentazione necessaria allo svolgimento delle attività: per motivi di sicurezza logica è assolutamente vietato l'accesso da remoto alla postazione di lavoro del dipendente.
- D. Le spese connesse all'espletamento dell'attività lavorativa presso la propria residenza/domicilio/dimora, riguardanti i consumi elettrici, le spese di manutenzione e gestione dei dispositivi, ecc. sono a totale carico del dipendente.

6.15. Indicatori di Performance Individuale

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



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

6.16. Indicatori Generali

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

In particolare si stabiliscono i seguenti indicatori:

Stato di Implementazione del Lavoro Agile	
Dimensione	Indicatore
Quantità	% 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



	<p>C) soddisfazione per genere:</p> <p>A) % donne soddisfatte</p> <p>B) % uomini soddisfatti</p> <p>D) soddisfazione per età:</p> <p>A) % dipendenti > 60 anni soddisfatti</p> <p>B) % dipendenti > 50 < 60 anni soddisfatti</p> <p>C) ecc.</p> <p>E) soddisfazione per situazione familiare:</p> <p>A) % dipendenti con genitori anziani soddisfatti</p> <p>B) % dipendenti con figli soddisfatti</p> <p>C) ecc.</p>
--	--

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

6.17. Sospensione/Termine

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.

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 impro-



rogabili 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.

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

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.

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

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.

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**

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”.

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 ingenerare problematiche di grosso impatto per la sicurezza logica dell’intera rete aziendale.

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**

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.

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

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** Documentazione.

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.

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.

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 "Documenti" → "Lavoro Agile"

6.25. Decorrenza

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



7. Piano delle Azioni Positive

7.1. Premessa

Il presente Piano è uno strumento necessario a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, attraverso la valorizzazione delle risorse umane, l'implementazione delle azioni di conciliazione tra vita privata e lavoro e lo sviluppo del benessere lavorativo anche al fine di prevenire e rimuovere qualunque forma di discriminazione.

Il concetto di pari opportunità è sempre più legato al concetto di "qualità".

La qualità del prodotto/ servizio dipende strettamente anche dalla qualità del lavoro, della vita personale e familiare delle donne e degli uomini che lavorano.

Pertanto in qualsiasi organizzazione la capacità del management si misura anche nel saper coinvolgere, valorizzare e motivare chi lavora.

Il Piano delle azioni positive, conformemente al quadro legislativo vigente, ha un contenuto programmatico triennale e presenta una serie di azioni distinte per progetti in modo da fornire da un lato la realizzazione delle iniziative, dall'altro dare corso anche in termini progettuali a nuove iniziative.

La ASL, in coerenza con la propria mission, ha sottoscritto e adottato la "Carta per le Pari Opportunità e l'uguaglianza sul lavoro", promossa dalla Regione Puglia. La "Carta per le Pari Opportunità e l'uguaglianza sul lavoro", è annoverata tra gli strumenti concreti, a livello europeo e nazionale, efficace per la prevenzione, la lotta a tutte le discriminazioni e la piena attuazione delle politiche di valorizzazione e rispetto degli individui.

Inoltre è in itinere il processo di acquisizione della Certificazione di Parità di Genere ad opera di un Ente certificatore. Per tale iter è stato redatto il "Piano Strategico aziendale per la Parità di Genere" prot. n. 0006688 del 14/01/2025 che si integrerà con il presente Piano di Azioni Positive.

Per ogni area di intervento sono stati elaborati, a cura di appositi gruppi di lavoro, specifici progetti la cui realizzazione è programmata nel triennio di vigenza del Piano.



7.2. Obiettivi Generali

Il Piano predisposto per il triennio 2025-27 focalizza l'attenzione soprattutto sulla “Valorizzazione delle diversità del personale” e sulla parità di genere, individuando l’equità e la parità di opportunità come obiettivi da promuovere e garantire a livello aziendale. La finalità delle azioni proposte è quella di sviluppare, a livello aziendale, “buone prassi” di politiche inerenti age management, welfare aziendale, valorizzazione delle risorse umane, conciliazione vita/lavoro, la disabilità, all’interno di un progetto globale di Diversity Management e Parità di Genere.

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

Le Azioni Positive proposte nel Piano sono in fase di realizzazione.

7.3. Piano Operativo

7.3.1. SPERIMENTAZIONE E AVVIO DI UN SISTEMA DI CERTIFICAZIONE DELLA PARITÀ DI GENERE

Obiettivo Strategico	Sviluppare un percorso sistemico di cambiamento culturale integrando le politiche aziendali per la parità di genere anche con l’adozione e l’applicazione delle linee guida contenute nella prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022
Obiettivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> Fissare obiettivi per ogni fase lavorativa delle donne in riferimento ai Kpi inerenti alle Politiche di parità di genere Misurare in modo standardizzato i progressi realizzati
Destinatari	Interni/Stakeholders esterni
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.2. ANALISI AZIENDALE IN OTTICA DI GENERE

Obiettivo Strategico	Procedere a una raccolta sistematica e a un’analisi approfondita dei dati del personale, al fine di individuare le eventuali criticità rispetto alle differenze di genere e/o a particolari situazioni del
----------------------	--



Obiettivo Operativo	personale e progettare le azioni positive conseguenti
	<ul style="list-style-type: none"> • Mappatura e monitoraggio della demografia del personale disaggregata per genere, fasce di età, fasce salariali, fruizione degli istituti contrattuali riferiti alla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e alle misure di flessibilità, condizione di disabilità, indicatori di stress • Integrazione degli aspetti inerenti la parità in modo sistematico e generale a tutti i livelli organizzativi: genere, avanzamento di carriera, incarichi apicali con riguardo alle pari opportunità, accesso alla formazione, composizione commissioni di concorso
	Destinatari
	Tempi di Realizzazione
	Risorse Necessarie

Personale ASL

Secondo le disposizioni vigenti, Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri n.2/2019, il CUG deve redigere entro 30 marzo di ogni anno una Relazione sulla situazione del personale dell'amministrazione riferita all'anno precedente ed il report concernente l'attività del Comitato stesso.

Interne

7.3.3. COMUNICAZIONE/ PROMUOVERE LA CULTURA DI GENERE ATTRAVERSO IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE E DELLA DIFFUSIONE DELLE INFORMAZIONI SUI TEMI DELLE PARI OPPORTUNITÀ

Obiettivo Strategico	<p>Costruire un sistema integrato, tramite percorsi condivisi e incontri ad hoc, tra i CUG presenti nelle varie Istituzioni in ottica di rete nazionale, regionale e provinciale. Promuovere e rafforzare la partecipazione dei lavoratori dell'Azienda, delle OO.SS. su progetti inerenti le pari opportunità, le politiche di valorizzazione e del benessere del lavoratore e contro ogni forma di discriminazione.</p> <p>Favorire lo scambio di buone prassi ed informazioni; condividere azioni comuni, con particolare riferimento a quelle promosse nei Piani di Azioni Positive, nonché alle esperienze di formazione per garantire omogeneità di conoscenze e competenze ai soggetti che compongono la Rete;</p>
----------------------	---



Obiettivo Operativo	<p>Programmare e organizzare eventi, iniziative ed attività comuni; dare maggior visibilità ai CUG Mettere in condivisione professionalità Collaborare alla risoluzione di problematiche comuni.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consolidamento dell'utilizzo della casella di posta elettronica dedicata sul portale aziendale • Implementazione del Piano di comunicazione, strutturato con materiali divulgativi inoltrato agli operatori dell'azienda, all'OIV, OO.SS.; informazione e aggiornamento periodico del personale su normativa, strategie e buone prassi sulle tematiche proprie di interesse del CUG • Affissione locandine presso i timbratori delle diverse sedi • Realizzazione di momenti informativi per le diverse sedi dell'ASL (presidi ospedalieri e distretti)
	<p>Destinatari</p> <p>Tempi di Realizzazione</p> <p>Risorse Necessarie</p>

7.3.4. FORMAZIONE

Obiettivo Strategico	<p>Sviluppare un ambiente di lavoro inclusivo Sviluppare nella gestione delle risorse umane la cultura di genere e della valorizzazione della diversità</p>
	<p>Obiettivo Operativo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inserire dei moduli formativi sulle pari opportunità nella formazione obbligatoria per i dipendenti e i dirigenti, come primo passo verso la consapevolezza dello sviluppo e valorizzazione delle differenze • Percorsi formativi alla leadership femminile, motivazionali • Promozione moduli formativi su tematiche attinenti al CUG con particolare riferimento alla discriminazione, alla medicina di genere, alla violenza di genere, aggressioni al personale sanitario
<p>Destinatari</p> <p>Tempi di Realizzazione</p> <p>Risorse Necessarie</p>	<p>Personale ASL</p> <p>Vigenza del Piano</p> <p>Interne ed Esterne</p>



7.3.5. NUCLEO DI ASCOLTO CUG: ORIENTAMENTO E GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI

Obiettivo Strategico	<p>Il Nucleo di ascolto CUG , è uno strumento utile alla raccolta omogenea e all’aggiornamento costante dei dati e informazioni inerenti il benessere organizzativo, le aree di disagio e le forme di discriminazione dirette e indirette. Lo Sportello CUG offre supporto nella problematiche riconducibili a fenomeni di discriminazione, violenza morale, psichica o disagio legato a fattori organizzativi a carico dei dipendenti.</p> <p>E' finalizzato a migliorare l’approccio alla soluzione dei problemi.</p>
Obiettivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> • Svolge le funzioni di ricezione e analisi delle segnalazioni, identificando lo specifico percorso in grado di assicurare il supporto più adeguato e tempestivo per la risoluzione della problematica esposta • Potenziare il raccordo e la sinergia tra i vari interventi messi in atto dall'Azienda
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne
Indicatori	Numero Interventi/Numero Richieste

7.3.6. INTEGRAZIONE DEL DIPENDENTE CON DISABILITÀ

Obiettivo Strategico	<p>Favorire l’inserimento e la piena integrazione delle persone con disabilità sul posto di lavoro riducendo le criticità, laddove possibile, al fine di realizzare una condizione di benessere organizzativo.</p> <p>La Commissione europea considera nella Strategia 2021-2030 prevede, quale eccezione al divieto di discriminazioni fondate sulla disabilità, l’attuazione di soluzioni di “accomodamento ragionevole” alle specifiche ed individuali esigenze di ogni lavoratore con disabilità, al fine di realizzarsi professionalmente in condizioni di pari opportunità con gli altri lavoratori.</p>
----------------------	--



Obiettivo Operativo	<p>Le soluzioni organizzative di “accomodamento ragionevole” possono comprendere modifica di schemi organizzativi e orari di lavoro, redistribuzione delle mansioni lavorative, progetti di tutoraggio, accessibilità, formazione (Fruibilità dei corsi di formazione e aggiornamento, apportando, ove necessario, variazioni e integrazioni opportune nella forma, nei contenuti e nei materiali (Nel caso di lavoratori con disabilità sensoriale, come la sordità e la cecità o l’ ipovisione, nei piani formativi è necessario prevedere il supporto di specialisti, come gli interpreti nella Lingua dei Segni – LIS – o formatori delle associazioni per la cecità) e “tecnologie assistive” (Circolare n. 2 del 23 settembre 2015 dell’Agenzia per l’Italia Digitale, D.lgs 3 maggio 2024, 62 , Linee guida sugli accomodamenti ragionevoli Comunità Europea, Carta di Solfignano 2024).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Mappatura del personale con disabilità • Verifica del rispetto delle norme basilari per l’accessibilità: barriere architettoniche, bagni, ascensori, flessibilità organizzativa • Analisi e verifica degli strumenti di gestione finalizzati all’inserimento /permanenza al lavoro utilizzati in aziende • Individuazione del Disability Manager • Somministrazione di un Questionario per la rilevazione dei bisogni ed aspettative dei dipendenti con disabilità • Somministrazione di un Questionario di Customer Satisfaction “ per migliorare le azioni intraprese • Evento di sensibilizzazione e presentazione dei risultati dell’indagine conoscitiva • Proposta di somministrazione ai nuovi assunti, da parte dell’Area del Personale, di un modulo di analisi dei bisogni. I risultati saranno comunicati al CUG
Destinatari	<ul style="list-style-type: none"> • Lavoratori con disabilità accertata in base alla normativa specifica (D.Lgs 62/2024),che siano assunti o meno come categoria protetta • Lavoratori invalidi a causa di infortunio o malattia professionale • Soggetti cosiddetti fragili o comunque affetti da patologie croniche



Tempi di Realizzazione	<ul style="list-style-type: none"> Lavoratori parzialmente o totalmente inidonei alla mansione specifica (così come certificato dal medico competente) Lavoratori parzialmente o totalmente inidonei alla qualifica(così come certificato dalle commissioni o dai collegi medico- legali ex art. 5 della L. 300/1970)
	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> Statistiche annuali Numero moduli formativi realizzati per i responsabili/ tutor Numero dipendenti che hanno fruito delle azioni proposte Numero dei dipendenti per i quali è stato attivato un percorso di tutoraggio
	Dall’analisi dei dati che emergeranno dalla somministrazione del Questionario”Rilevazione dei bisogni relativamente all’ambiente lavorativo e conciliazione vita – lavoro”, scaturiranno le proposte di miglioramento, ossia soluzioni di accomodamento ragionevole, interventi sull’organizzazione, interventi relazionali.

7.3.7. AGE MANAGEMENT

Obiettivo Strategico	<p>L’invecchiamento attivo è una parte essenziale della strategia Europa 2020 che si propone di lanciare un messaggio di sensibilizzazione rivolto al contributo che le persone anziane possono dare alla società attraverso lo scambio di informazioni e buone pratiche .La finalità dell’azione è quella di sviluppare, a livello aziendale, “buone prassi” di politiche sul personale basate sull’età anagrafica del lavoratore all’interno di un progetto globale di sviluppo del diversity management.</p> <p>Il Decreto Legislativo 15 marzo 2024 n. 29 Disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane, in attuazione della delega di cui agli articoli 3, 4 e 5 della legge 23 marzo 2023, n. 33. , in particolare l’art. 5 contiene le misure per la promozione della salute e dell’invecchiamento attivo delle persone anziane nei luoghi di lavoro e il comma 2 si sofferma sul lavoro agile.</p>
----------------------	---



Obiettivo Operativo	Obiettivi di valorizzazione anche del personale anagraficamente giovane.	
	<ul style="list-style-type: none"> • Approfondimento della composizione demografica dell'organico e l'incidenza delle diverse generazioni di lavoratori rappresentate nella popolazione aziendale • Verifica dell'esistenza di discriminazioni, soprattutto indirette, basate sull'età • Individuazione di pratiche di flessibilità oraria e dell'organizzazione del lavoro; (flessibilità dei tempi di lavoro; gestione dei turni e rotazione di mansioni..) • Gestione della salute e sicurezza sul lavoro • Valorizzazione delle esperienze e competenze/Valorizzazione delle differenze generazionali, promozione del dialogo intergenerazionale e transizione graduale dal lavoro alla pensione • Analizzare la qualità dell'invecchiamento al lavoro, avviare una riflessione ed un confronto sulle possibili pratiche adottabili nel contesto aziendale, nel campo dell' Age Management • Valorizzare il personale lungo l'intero percorso della vita lavorativa, sostenendo l'efficacia dell'organizzazione e le specificità personali e professionali • Favorire il benessere organizzativo del personale con particolare riferimento al contrasto delle discriminazioni in base all'età, sia giovanile che anziana • Predisporre un pacchetto di misure previste per l'age management (miglioramento dell'organizzazione del lavoro, flessibilità oraria, piano rientro dopo lunga malattia, gestione turni/ruolo, Mentoring/Reverse mentoring) con relativo Regolamento aziendale per stabilire regole a tutela del lavoratore e dell'Azienda • Mentoring giovani/anziani per un migliore “ Melting Pot “ di competenze 	
	Destinatari	Lavoratori over 55, lavoratori under 30
	Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne	



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

Obiettivo Strategico	<p>Predisposizione di un Piano di rientro che prevede la pianificazione dell'uscita, la continuità dei contatti, il passaggio delle consegne e delle informazioni al rientro, attraverso percorsi standardizzati</p> <p>Rendere disponibili strumenti di flessibilità speciali come previsto dalla normativa vigente</p>
Obiettivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> • In continuità con quanto previsto dalla Delibera Rientro agile al lavoro n. 1318 del 11/9/2019 • Mappatura dei percorsi adottati in azienda e delle eventuali criticità attraverso la somministrazione di un questionario • Predisposizione modulo formativo per dirigenti e responsabili delle risorse umane sul tema del reinserimento lavorativo e sui metodi di inclusione • Linee guida per il rientro al lavoro dei/delle dipendenti dopo lunghe assenze
Destinatari	Personale che rientra dal congedo per maternità/paternità o da assenza prolungata impegnati nella cura dei figli/disabili/anziani
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Statistiche annuali • Numero moduli formativi realizzati per i responsabili e/o dipendenti/numero partecipanti • Numero dipendenti che hanno fruito degli strumenti di flessibilità • Numero dei dipendenti per i quali è stato attivato un percorso di rientro • Numero collegamenti attivati • Questionario di customer satisfaction



7.3.9. CONCILIAZIONE DEI TEMPI DI VITA – LAVORO

Obiettivo Strategico	<p>Favorire le esigenze di conciliazione tra le responsabilità familiari e quelle professionali delle lavoratrici e dei lavoratori attraverso una organizzazione del lavoro più attenta alla gestione delle differenze, non solo di genere, ma anche delle altre differenze (etniche, culturali, ...), che diviene più orientata alla qualità e ai risultati.</p> <p>Acquisire maggiori conoscenze relative alle problematiche ed esperienze di conciliazioni;</p> <p>Analizzare e facilitare la possibilità di adottare iniziative volte consentire ai lavoratori dell’Azienda una maggiore conciliabilità tra responsabilità professionali, familiari ed educative (servizi di assistenza familiare per l’infanzia/ anziani/disabili a carico dei dipendenti, convenzioni con società e cooperative esterne incentivi ai dipendenti per accesso agevolato a servizi erogati)</p>
Obiettivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi della situazione nelle Strutture dell’Azienda sui bisogni di conciliazione • Individuazione, progettazione e sperimentazione di forme di flessibilità degli orari e dell’organizzazione del lavoro (Banca delle ore, part-time, smart working , sistema di turnazione opposta tra i genitori) secondo quanto previsto dalle normative, dalle OO.SS e RSU • Servizi di assistenza familiare per l’infanzia/ anziani/disabili a carico dei dipendenti (convenzioni con società e cooperative esterne incentivi ai dipendenti per accesso agevolato a servizi erogati)
Destinatari	Tutto il personale potenzialmente interessato tramite somministrazione di un questionario
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne/Stakeholders esterni
Indicatori	<ul style="list-style-type: none"> • Misurabilità (possibilità di quantificare l’impatto dell’iniziativa) • Innovatività (capacità di produrre soluzioni nuove e creative per il miglioramento della qualità dei servizi e per la tutela dei diritti dei lavoratori/cittadini) • Sostenibilità (attitudine a fondarsi sulle risorse esistenti o



<p>capacità di generare essa stessa nuove risorse)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riproducibilità (possibilità di trasferimento e applicazione in luoghi e situazioni diversi da quelli in cui è stata realizzata) • Valore aggiunto (impatto positivo e tangibile sui diritti dei lavoratori/utenti e sulla promozione della partecipazione civica) • Esito contrattazione territoriale e di secondo livello: numero nuovi accordi sottoscritti % di utilizzo degli strumenti della conciliazione e della flessibilità del lavoro • Impatto sugli uomini e sulle donne (Aumento del numero di uomini che si avvalgono di congedi per motivi familiari ...) <p>Misurazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • N. di programmi di benefit progettati/ n° di programmi di benefit eseguiti; • N. del personale che aderisce al programma di benefit/ n. del personale che non aderisce al programma di benefit >70%
--

7.3.10. MEDICINA DI GENERE

<p>Obiettivo Strategico</p>	<p>Attivazione di una Rete interdisciplinare Ospedale- Territorio – Università per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere.</p>
<p>Obiettivo Operativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visite specialistiche multidisciplinari: Ambulatorio di Medicina di Genere, secondo la Direttiva “ Il genere al Centro della Cura” • Valutazione dei differenti approcci di prevenzione (abitudini alimentari, stili di vita, variabili culturali, condizioni socio-economiche, esposizione ad agenti chimici) nei due sessi • Promozione di attività di ricerca biomedica, farmacologica e psico-sociale basata sulle differenze di genere • Sviluppare soluzioni innovative di accesso ai servizi sanitari attuando una presa in carico della persona in un ottica di genere, al fine di favorire una maggiore appropriatezza



Destinatari Tempi di Realizzazione Risorse Necessarie	e personalizzazione dei percorsi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
	<ul style="list-style-type: none"> • Predisposizione nel Piano formativo aziendale Corsi ECM obbligatori che affrontino le tematiche specialistiche in ottica di genere • Raccolta dati e analisi epidemiologici sull'evoluzione delle malattie, sulla morbilità e mortalità della popolazione in ottica di genere • Divulgazione/comunicazione
	Persone nella fascia di età <- 60 anni
	Vigenza del Piano
	Interne

7.3.11. CONTRASTO ALLA VIOLENZA DI GENERE, DIFFUSIONE DELLA CULTURA DEL RISPETTO, CONTRASTO AD OGNI FORMA DI DISCRIMINAZIONE MORALE E PSICOLOGICA

Obiettivo Strategico	Nell'ottica della prevenzione e il contrasto alla violenza di genere ci si propone di: sviluppare, promuovere e incentivare l'adesione a percorsi formativi adeguati che coinvolgano tutti i livelli dell'amministrazione, a partire dalle figure apicali dirigenziali che devono assumere il ruolo di catalizzatori e promotori di un profondo cambiamento culturale che promuova il rispetto per le persone, la parità di genere e il superamento degli stereotipi.
Obiettivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> • Iniziative formative obbligatorie per i dipendenti sul tema della violenza di genere • Iniziative di sensibilizzazione sul tema della violenza di genere (itineranti) • Organizzazione di eventi, convegni, seminari e/o attività di informazione e comunicazione e/o momenti formativi in occasione della celebrazione della Giornata internazionale per l'eliminazione della violenza contro le donne istituita dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite con la risoluzione numero 54/134 del 17 dicembre 1999 • Pubblicazione sul sito internet, sulla pagina del CUG il numero verde 1522, evidenziando la possibilità per le donne di chiedere aiuto e ricevere informazioni in sicurezza



Destinatari Tempi di Realizzazione Risorse Necessarie	<ul style="list-style-type: none"> • Divulgazione materiale informativo antiviolenza prodotto dall'Area Sociosanitaria alle lavoratrici e ai lavoratori per sensibilizzare gli stessi sulla emergenza dei fenomeni di violenza nei confronti delle donne • Il Cug, attraverso il Nucleo d'Ascolto, si configurerà come destinatario delle segnalazioni rese dalle lavoratrici agevolando il contatto tra le vittime e i soggetti cui le medesime possono far riferimento per avere protezione e assistenza e fornendo informazioni alle vittime
	Personale ASL
	Vigenza del Piano
	Interne

7.3.12. ATTIVITÀ CONSULTIVA DEL CUG

Obiettivo Strategico	Incrementare l'attività consultiva del CUG secondo le indicazioni della normativa vigente.
Obiettivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> • Inserimento della formula "sentito il parere del CUG" negli atti interni, circolari, direttive, ecc. su temi che rientrano nelle competenze del CUG; • Assicurare la partecipazione del CUG alle decisioni assunte ai tavoli della contrattazione collettiva integrativa, attraverso l'acquisizione di pareri e/o proposte relativi alle materie aventi riflessi sull'organizzazione e la gestione del personale.
Destinatari	Tutte le Strutture della ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.13. PERFORMANCE E PARI OPPORTUNITÀ

Obiettivo Strategico	Rendere effettiva l'applicazione dell'art. 8 D.lgs. 150/2009, alla luce anche dei principi espressi nel D.P.R. 105/2016 e direttiva n.3/2017 del Presidente Consiglio dei Ministri in materia di lavoro
----------------------	---



Obiettivo Operativo	agile, secondo il quale, ossia il Sistema di valutazione e misurazione della performance organizzativa concerne anche il raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità. Tra gli obiettivi di misurazione e valutazione della performance organizzativa inserire quello della promozione delle pari opportunità, valorizzazione delle differenze e benessere organizzativo.
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.14. NO WOMAN NO PANEL

Obiettivo Strategico	Promuovere e garantire la partecipazione bilanciata e plurale di uomini e donne nei programmi formativi ,negli eventi pubblici e nella comunicazione istituzionale.
Obiettivo Operativo	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio della parità di genere nella comunicazione pubblica • Monitoraggio dell’equa rappresentanza di genere negli eventi • Attività di sensibilizzazione, informazione e formazione sui principi di parità
Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.15. ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE (POLA)

Obiettivo Strategico	Il CUG è’ 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
Obiettivo Operativo	Supporto alle Direzioni per la implementazione dell’istituto all’interno delle strutture nella comunicazione istituzionale.



Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne

7.3.16. PROMOZIONE DI ATTIVITÀ E COORDINAMENTO TRA I CUG DELLE ASL E TRA I CUG DI DIVERSI SOGGETTI PUBBLICI E NON

Obiettivo Strategico	<p>Aumento del know-how</p> <p>Consolidare la collaborazione con la Consigliera di Parità Regionale e Provinciale, la Rete dei CUG delle diverse Istituzioni (ASL, Università, Regione) a livello Regionale e il Forum dei CUG Nazionale.</p> <p>Azioni a supporto del piano</p> <p>Il Piano triennale delle Azioni positive necessita di una costante attività di supporto, monitoraggio e integrazione delle aree tematiche. L'attività di supporto sarà svolta, in collaborazione con il Presidente, dai coordinatori dei Gruppi di lavoro.</p> <p>Nell'ambito del monitoraggio e della valutazione del Piano di Azioni positive ci si propone , oltre alla misurazione degli indicatori previsti dalle singole schede di effettuare una valutazione del documento programmatico nel suo complesso anche in raccordo con il processo di valutazione previsto dal Piano della Performance.</p>
Obiettivo Operativo	<p>La valutazione del Piano di Azioni Positive 2023 – 2025 sarà pertanto effettuata su diverse direttrici:</p> <ul style="list-style-type: none">• Monitoraggio, verifica e valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati a livello generale• Valutazione dell'impatto delle azioni positive realizzate sul contesto organizzativo e sul personale a livello aziendale <p>Le azioni previste possono essere modificate, integrate e ampliate nel corso del triennio sulla base dei cambiamenti organizzativi e dei bisogni eventualmente emersi in fase di attuazione.</p>



ASL Lecce

PugliaSalute

Piano Integrato di
Attività e Organizzazione
PIAO 2025 - 2027

Destinatari	Personale ASL
Tempi di Realizzazione	Vigenza del Piano
Risorse Necessarie	Interne



8. Efficientamento

8.1. Premessa

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

8.2. Efficientamento Energetico

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

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

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

In programmazione:

- si sta provvedendo a candidare gli interventi di Efficientamento Energetico del P.O. San Giuseppe di Copertino e del Plesso Oncologico all'interno del P.O. Vito Fazzi di Lecce, sui fondi disponibili previsti dall'avviso indetto dalla Regione Puglia - Dipartimento Sviluppo Economico Sezione Transizione Energetica a valere sul Programma Regionale 2021-2027- Priorità II "Economia Verde"- Azione 2.1 "Efficientamento Energetico di Edifici Pubblici"-



sub azione 2.1.3- Promozione dell'eco-efficienza e riduzione dei consumi di energia primaria negli edifici e strutture pubbliche”

- per l'Efficientamento Energetico del P.O. Veris Delli Ponti di Scorrano si è in attesa della sottoscrizione da parte della Regione Puglia col Ministero della Salute dell'accordo ex art. 15 L.241/09 per l'utilizzo del fondo istituito dall'art. 1 comma 14 della Legge 160/2019 – Fondo per il rilancio degli investimenti delle Amministrazioni Centrali dello Stato per lo sviluppo del Paese.

8.3. Piano della Mobilità

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



9. Piano dei Fabbisogni del Personale

9.1. Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale 2024-2026

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

Con Deliberazione D.G. n. 562 del 23.05.2024 è stato approvato in via definitiva il Piano del Fabbisogno del Personale relativo al triennio 2022/2024, a seguito di Deliberazione della Giunta Regionale n. 517 del 22.04.2024.

Con D.G.R. 28 maggio 2024, n. 693, è stata autorizzata la spesa ed approvato il Piano assunzionale 2024-2025 della ASL Lecce, nei limiti del tetto di spesa assegnato con D.G.R. n. 1818/2022, pari a n. 198 unità, nonché le ulteriori assunzioni oltre il tetto di spesa pari a n. 24 unità, utilizzando lo spazio finanziario riveniente dalle cessazioni di personale previste nell'anno 2025.

Con D.G.R. n. 1876 del 23.12.2024 è stato rideterminato il tetto di spesa complessivo per il personale ASL Lecce, che tiene conto delle risorse assegnate alla Regione Puglia con D.L. n. 34/2020 e D.M. n. 77/2022.

Sulla base del nuovo tetto di spesa e delle indicazioni operative fornite dal Dipartimento Promozione della Salute – Regione Puglia con nota prot. n. 40113 del 24.01.2025, l'Azienda ha avviato il percorso per la definizione del nuovo Piano Triennale del Fabbisogno del Personale (PTFP) 2023 – 2025, coerentemente con l'attuale assetto organizzativo funzionale, con le indicazioni previste dal D.M. n. 77/2022 per il potenziamento dei servizi territoriali e dal D.L. 34/2020 per il potenziamento delle terapie intensive.

9.2. Formazione del Personale

La Direzione Generale con nota n. 9504 del 19.1.2023 ha avviato le procedure per la predisposizione del Piano Aziendale Formativo 2023-2025. Nella stessa nota si poneva a carico dei Direttori di Dipartimento, di UOC, UOSD e UOS la diretta responsabilità di programmare eventi forma-



tivi che dovevano rispondere sia agli Obiettivi indicati dalla stessa Direzione Generale, sia alle esigenze formative dei diversi profili presenti nella specifica UU.OO.

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

Nel Piano Formativo è stato previsto – in adesione agli Obiettivi assegnati ai Direttori Generali con DGR n. 1558/2023 – che in ogni evento formativo siano previsti interventi ad argomento “Medicina di Genere” e “Pari Opportunità”. Questo impegno è stato ulteriormente richiamato dalla Direzione Generale con la nota n. 7610 del 16.1.2025 indirizzata ai Direttori delle UOC/UO-SD che programmano i corsi e ai Componenti del Comitato Scientifico ECM che esaminano i programmi dei corsi prima della loro validazione.

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

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

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

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

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



10. Monitoraggio

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

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



11. Allegati

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

Di seguito viene riportato l’elenco degli stessi:

- Allegato A) - Scheda proposta obiettivi operativi - Piano performance anno 2025
- Allegato B) – Analisi dei rischi (2025-2027)
- Allegato C) – Priorità di trattamento dei rischi (2025-2027)
- Allegato D) – Stato di attuazione delle misure (2025-2027)
- Allegato E) – Scheda Relazione RPCT 2025
- Allegato F) – Obblighi di trasparenza 2025-2027
- Allegato G) - Istanza di Accesso per la Modalità in Lavoro Agile
- Allegato H) - Linee guida operative per l’attuazione del Piano Aziendale Formativo 2023-2025
- Allegato I) - Piano Aziendale Formativo 2023-2025