



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
MESSINA**

**PIANO INTEGRATO
DI
ATTIVITA'
E
ORGANIZZAZIONE**

2022 – 2024

INDICE

PREMESSA		Pag. 2
SEZIONE 1	SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	Pag. 4
SEZIONE 2	VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	Pag. 16
	Sottosezione di programmazione Valore pubblico	Pag. 16
	Sottosezione di programmazione Performance	Pag. 17
	Sottosezione di programmazione Rischi corruttivi e trasparenza	Pag. 47
SEZIONE 3	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	Pag. 72
	Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa	Pag. 72
	Sottosezione di programmazione Organizzazione del lavoro agile	Pag. 91
	Sottosezione di programmazione Piano triennale dei fabbisogni di personale	Pag. 99
SEZIONE 4	MONITORAGGIO	Pag. 103

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024

Il Piano Integrato di Attività e Organizzazione introdotto dall'art 6 del DL N 80/2021 convertito e modificato dalla L.113 del 6 agosto 2021 ha una durata triennale e sarà aggiornato annualmente, è un nuovo adempimento semplificato, costituisce uno strumento unitario ed omnicomprensivo nel quale confluiranno i vari documenti di programmazione precedentemente previsti, tra i quali anche il Piano della Performance, al fine di consentire un'analisi completa dell'amministrazione e di tutti i suoi obiettivi da pianificare.

Il piano definisce tra l'altro gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa.

Nelle more dell'adozione di un "Piano Tipo" come previsto dal comma 6 dell'art.6 del suddetto DL, questa Azienda al fine di rispettare la scadenza del 30 aprile in sede di prima applicazione, ha predisposto il PIAO secondo quanto disposto dalle Linee guida, pur nella consapevolezza che una vera integrazione dei piani preesistenti non potrà che avvenire se non gradualmente.

Nel presentare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2022-2024 risulta imprescindibile evidenziare l'impatto sull'attività dell'Azienda che il protrarsi dell'emergenza sanitaria da COVID-19 ha determinato per l'anno appena trascorso e la naturale ricaduta anche sul nuovo ciclo triennale appena avviato, che sarà comunque fondato sugli obiettivi generali contrattuali e su quelli che verranno individuati dall'Assessorato Regionale della Salute, che al momento della redazione del presente piano non sono stati ancora assegnati.

*Il Commissario Straordinario
Dr. Bernardo Alagna*

PREMESSA

Il P.I.A.O., Piano Integrato di Attività e Organizzazione, è stato introdotto dall'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", il cosiddetto "Decreto Reclutamento" convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113.

Le amministrazioni con più di 50 dipendenti (ad eccezione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative) sono tenute a riunire all'interno del P.I.A.O. tutta la programmazione, finora inserita in piani differenti, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, e relativa a:

- Gestione delle risorse umane
- Organizzazione dei dipendenti nei vari uffici
- Formazione e modalità di prevenzione della corruzione.

Il P.I.A.O., che ha durata triennale, ma è soggetto ad aggiornamenti con cadenza annuale, definisce:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, gli obiettivi formativi annuali e pluriennali finalizzati al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale e allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali, all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale correlati all'ambito di impiego e alla progressione di carriera del personale; gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale;
- gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di anticorruzione;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità; e le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il Piano definisce, infine, le modalità di monitoraggio degli esiti, con cadenza periodica, inclusi gli impatti sugli utenti, anche attraverso rilevazioni della soddisfazione dell'utenza.

A questa fase si è pervenuti dopo un percorso che, a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso, ha visto le Pubbliche Amministrazioni europee protagoniste di cambiamenti epocali tendenti alla semplificazione e razionalizzazione delle attività, comprendenti tre principali obiettivi:

- eliminazione di regole inutili, procedure obsolete e processi inefficaci, con l'obiettivo di promuovere una maggiore engagement nei rapporti con i cittadini, una maggiore trasparenza, la tempestività delle azioni, con contestuale razionalizzazione dei costi;
- miglioramento dei servizi offerti, dell'organizzazione interna, aggiornamento delle tecnologie, accrescimento della motivazione dei collaboratori per raggiungere più elevati livelli al fine di coniugare efficienza e efficacia;

- costruzione di una nuova identità positiva del "Civil Service" da parte dei dipendenti pubblici, orientati sull'etica, sulla terzietà e sul senso di "accountability" personale.

Il nostro paese rientra tra quelli interessati da questo processo evolutivo, pur persistendo criticità. Fondamentale è stato l'impulso dato dalla Legge 124/2015 (cd. Legge Madia) di Riforma della PA, che integra le previsioni dei punti sopra elencati, seguite, successivamente, da ulteriori disposizioni, come ad esempio in materia di Performance con il d.lgs. 74/2017.

In generale una sequela di normative rilevanti in termini sia di cambiamento nei rapporti con cittadini e imprese, ma anche di logiche di funzionamento interno delle amministrazioni, diretti al perseguimento un'unica finalità: la creazione di "valore pubblico", riferibili principalmente al Ciclo della Performance, alla normativa in materia di Prevenzione della corruzione, agli obblighi di Trasparenza, come traguardo finale dell'azione amministrativa. Tali novellati ambiti normativi presentano inoltre una serie di "connessioni" reciproche che li rendono sinergici e finalizzati al perseguimento del potenziamento del risultato complessivo dell'amministrazione pubblica.

Le modalità organizzative del passato delle PA, autoreferenziali e non trasparenti, non risultano più funzionali alla generazione di Valore Pubblico. Sia la nuova cultura manageriale, che l'evoluzione del quadro normativo, hanno orientato il cambiamento in termini di organizzazione per "processi", tant'è che oramai da diversi anni la mappatura dei processi delle amministrazioni, come indicato dalle indicazioni dell'ANAC, è risultata fondamentale per la definizione delle misure di contrasto alla corruzione, utilizzata anche ai fini del Piano della Performance, anche per rappresentare all'esterno e all'interno, in termini di accountability, il complesso delle attività svolte.

Ovviamente tale revisione dell'organizzazione per processi non sarebbe pienamente realizzabile senza adeguate soluzioni di tecnologie digitali, determinanti nell'importante processo di transizione digitale.

SEZIONE 1 - SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina si è costituita il 01/09/2009 ai sensi dell'art 8 della L.R. 5 del 14/04/2009.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina è un Ente con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività.

L'ASP ha sede legale in Messina in Via La Farina n. 263, Codice fiscale e Partita IVA n° 03051870834. Il logo dell'Azienda, da inserire in tutti gli atti ufficiali, è il seguente:



Il sito web ufficiale dell'Azienda è: www.asp.messina.it.

L'Asp di Messina estende la sua competenza su tutto il territorio della provincia di Messina suddiviso in 107 comuni (il Comune di Capizzi è gestito dall'ASP di Enna), distribuiti in circa 3.247 Km² di superficie, con una popolazione residente di 601.062 abitanti (esclusi i 2.918 residenti di Capizzi), rilevata secondo i dati Istat al 01 gennaio 2021.

È evidente che in un territorio così vasto le difficoltà che l'Azienda incontra quotidianamente sono innumerevoli quanto diversificate, pur se, come disposto dalla Legge Regionale n. 30/1993 e dal D.P.R.S. del 22/09/2009 e s.m.i., il territorio di competenza è suddiviso in 8 distretti come di seguito definiti:

Distretto di Messina

Distretto di Taormina

Distretto di Milazzo

Distretto di Lipari

Distretto di Barcellona P.G.

Distretto di Patti

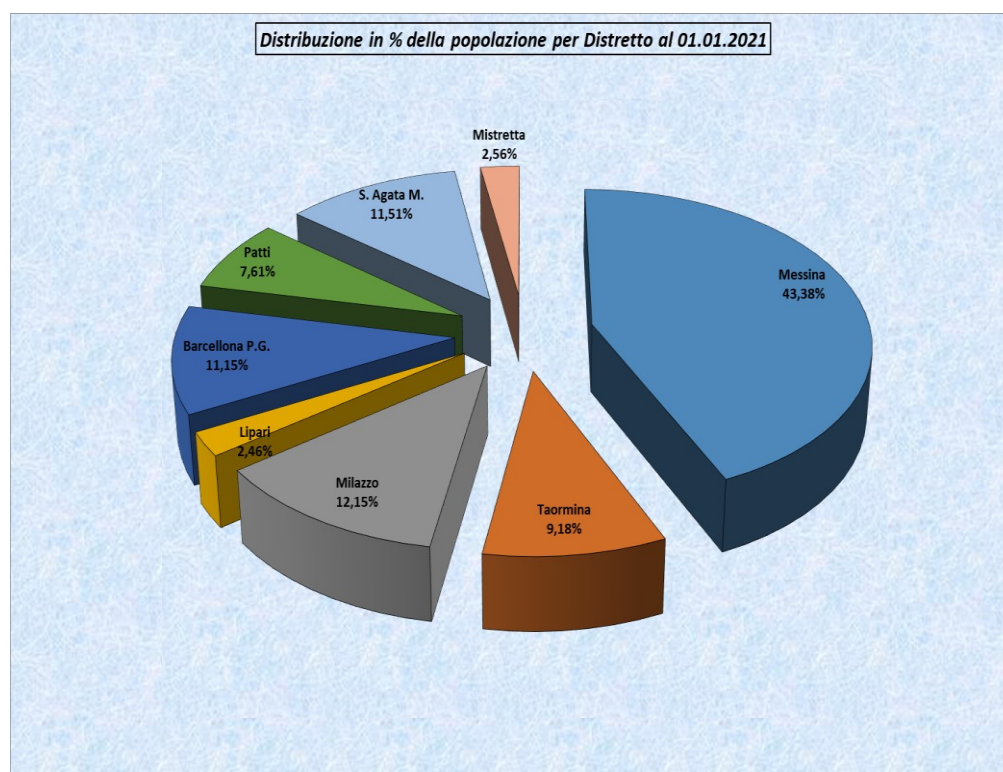
Distretto di Mistretta

Distretto di S. Agata Militello

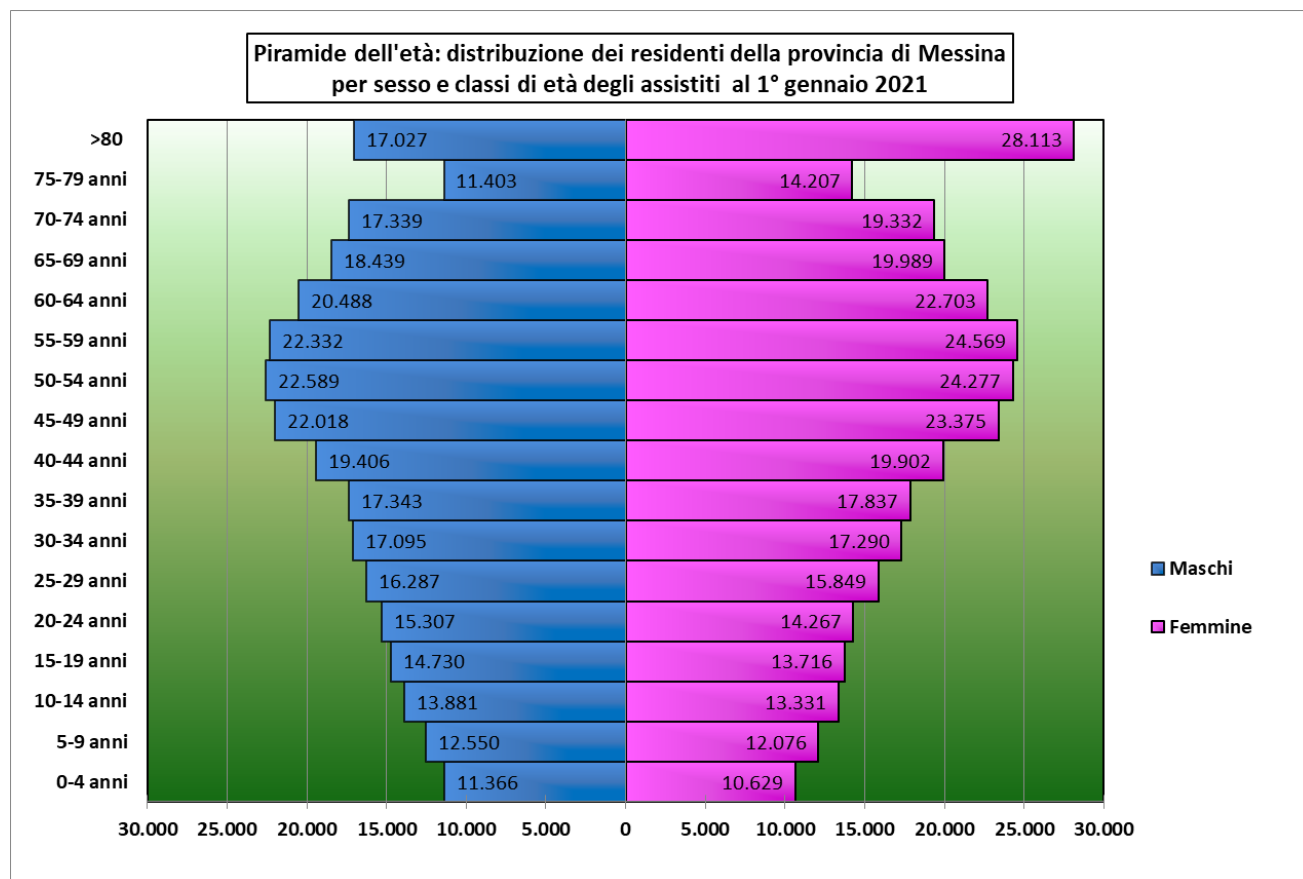
L'insediamento della popolazione è di tipo concentrato, soprattutto nella città capoluogo e nei "medi centri" che corrispondono alle sedi dei Distretti Sanitari. Infatti, nella città di Messina e negli altri 7 centri sedi di Distretto risiedono 344.664 abitanti, pari al 57,34% della popolazione totale.

DISTRETTI SANITARI – Popolazione residente al 01.01.2021				
Distretti	Numero Comuni	Popolazione residente		
		Maschi	Femmine	TOTALE
MESSINA	14	124.791	135.952	260.743
Taormina	24	26.637	28.541	55.178
Milazzo	13	35.431	37.611	73.042
Lipari	4	7.538	7.250	14.788
Barcellona P.G.	13	32.685	34.359	67.044
Patti	14	22.074	23.668	45.742
S. Agata M.	18	33.064	36.099	69.163
Mistretta	7	7.380	7.982	15.362
TOTALE	107	289.600	311.462	601.062

Nel grafico a torta si può osservare la distribuzione della popolazione per singolo Distretto mettendo in evidenza che il 43,38% di essa si concentra nel Distretto di Messina. Ad esclusione di Lipari e Mistretta che insieme raggruppano il 5,02% della popolazione, gli altri cinque distretti oscillano dal 7,61% (Patti) al 12,15% (Milazzo).



Nel grafico a piramide è rappresentata la distribuzione dei residenti per sesso ed età.



L'ASP di Messina, organizzata in otto Distretti Sanitari Territoriali, assicura l'assistenza ospedaliera, in applicazione del piano di riorganizzazione della rete ospedaliera approvato con Decreto dell'Assessorato della Salute Regione Sicilia n. 22 del 11.01.2019 ai sensi del D.M. 2 aprile 2015 n. 70 (pubblicato in GURS n. 6 dell'8.2.2019):

- PO "S. Salvatore" di Mistretta PS Zona Disagiata
- PO "Generale" di S. Agata Militello Presidio di Base
- PO "Barone Romeo" di Patti Presidio di Base
- PO "Cutroni Zodda" di Barcellona PG Presidio di Base
- PO "Generale" di Milazzo DEA I
- PO "Civile" di Lipari PS Zona Disagiata
- PO "S. Vincenzo" di Taormina DEA I

Occorre evidenziare che in alcun modo l'attività di pianificazione della Direzione può essere univoca in quanto le aree geografiche dei 107 comuni, non solo sono distanti ma presentano caratteristiche diverse, riconducibili a comunità montane piuttosto che insulari e/o ad alta densità turistica etc., che rendono particolare il territorio dell'Asp di Messina che conta 8 distretti di cui Lipari e Mistretta non arrivano a 20.000 abitanti mentre Messina, con i comuni della zona tirrenica e ionica, conta una popolazione di circa 300.000 abitanti.

L'amministrazione in cifre

Anno di costituzione dell'ASP 01.09.2009

TERRITORIO DI COMPETENZA

Superficie Kmq 3.247
Comuni n° 107
Popolazione residente 617.744 abitanti

(esclusi i 2.977 residenti di Capizzi- dati Istat al 01 gennaio 2020)

AREA TERRITORIALE

Distretti Sanitari n° 8
Poliambulatori n° 18
Consultori Familiari n° 25
Presidi di Continuità Assistenziale n° 102 (più 8 C.C.A. turistici)
Punti Territoriale di Emergenza n° 14
Centri di Riabilitazione n° 8
Ambulatori di FKT n° 10
Centri Salute Mentale n° 6
Ambulatori Periferici n° 22
Centri Diurni Salute Mentale n° 5
Strutture Abitativo Riabilitative n° 14
CTA n° 4
SERT n° 7
NPI n° 9
Punti di Primo Intervento n° 9
Punti di Primo Intervento Pediatrici n° 9
Punti Territoriali di Assistenza n° 6
RSA n° 3

AREA OSPEDALIERA

P.O. DEA 1° livello n° 2
P.O. di Base n° 3
P.O. Zona Disagiata n° 2
Posti letto (HSP 12 al 31.12.2021) n° 545 (compresi i pp.ll. Psichiatria e Covid)
Posti letto DH/DS (HSP 12 al 31.12.2021) n° 67
Ricoveri Ordinari (al 30.11.2021) n° 14.721
Ricoveri DH (al 30.11.2021) n° 1.223
Casi Day Service (al 30.11.2021) n° 4.112
Accessi Pronto Soccorso (al 31.12.2021) n° 80.167

CASE DI CURA CONVENZIONATE

Case di cura private accreditate n° 8
Posti letto Ordinari (HSP 13 al 31.12.2021) n° 647
Posti letto DH/DS (HSP 13 al 31.12.2021) n° 87

RISORSE UMANE

Dipendenti in servizio (al 31.12.2021)	n° 4.552
Area Dirigenza	n° 1.148
Dirigenti Medici	n° 939
Dirigenti Veterinari	n° 44
Dirigenti Sanitari non medici	n° 132
Dirigenti Ruolo Professionale	n° 8
Dirigenti Amministrativi	n° 19
Dirigenti Tecnici	n° 6
Area Comparto	n° 3.404
Sanitari	n° 2.153
Amministrativi	n° 419
Tecnico	n° 829
Professionale	n° 3
Area Medici Convenzionati (al 31.12.2021)	
MMG e PLS	n° 633
Medici titolari di Continuità Assistenziale	n° 399
Medici sostituiti di Continuità Assistenziale	n° 691
Medici titolari di PTE	n° 133
Medici sostituiti di PTE	n° 15

Albero della Performance

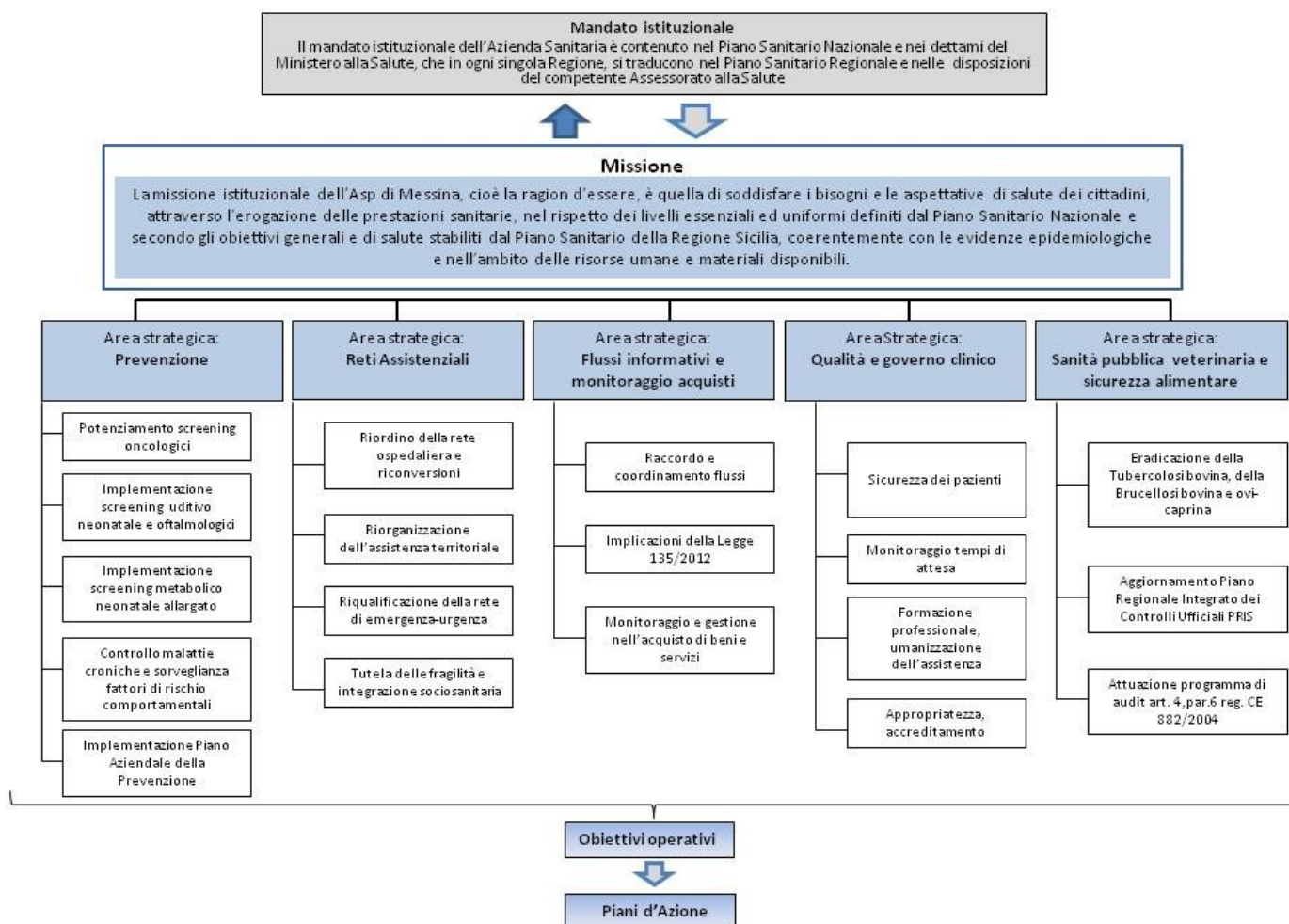
L'Albero della Performance: il collegamento fra mandato istituzionale-missione e aree strategiche

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta, i legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici e piani operativi (che individuano obiettivi operativi, azioni e risorse). Esso fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance dell'amministrazione.

Nella logica dell'albero della performance il mandato istituzionale e la missione sono articolati in aree strategiche che si declinano in obiettivi operativi.

Rappresentazione grafica dell'albero della *performance*:

Albero della performance – ASP Messina



Analisi del contesto

Gli attori coinvolti sono:

- strutture di *staff*;
- dirigenti o responsabili apicali dei vari uffici;
- stakeholders* esterni;
- stakeholders* interni.

Analisi del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno garantisce la coerenza delle strategie ai bisogni e alle attese dei portatori di interesse.

Contesto generale

La serie di immagini che si ottiene fotografando, in senso dinamico, il contesto esterno e di

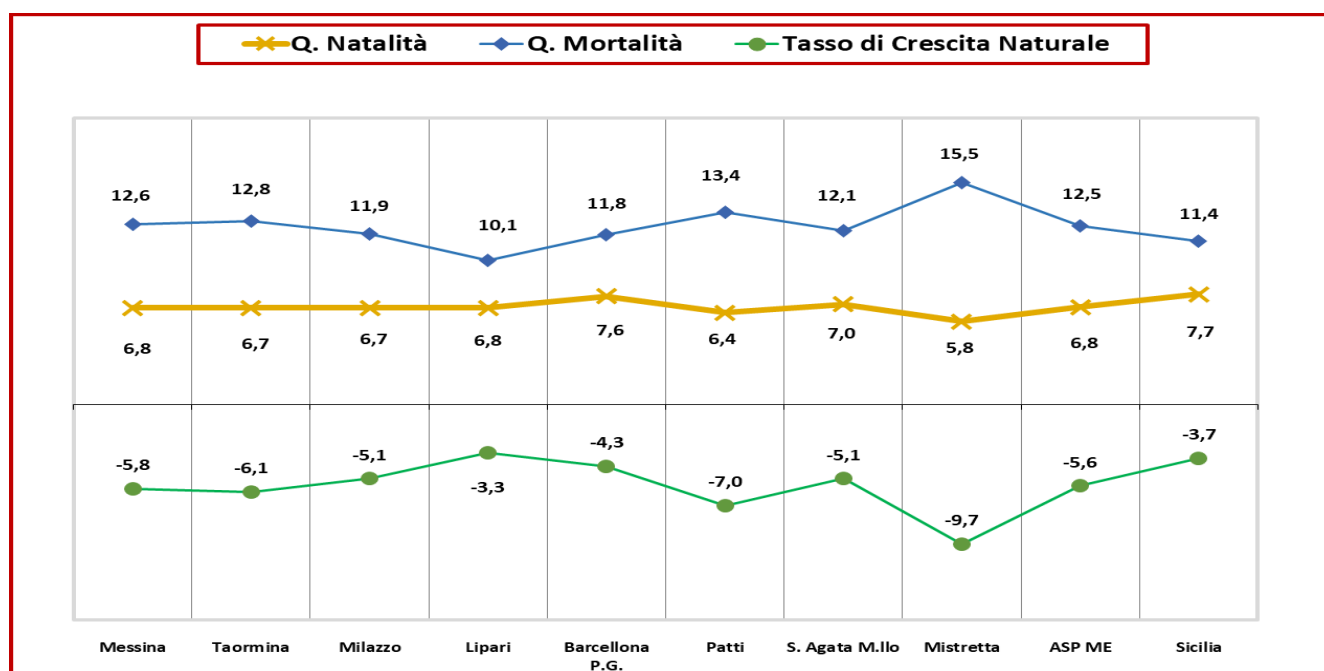
seguito quello interno permette di tracciare la strada da percorrere nella definizione delle azioni strategiche che conducono all'obiettivo finale, pertanto, la strategia dell'ASP di Messina non può prescindere dall'analisi del profilo socio-demografico del territorio di competenza che permette di cogliere i cambiamenti e le necessità della collettività e dei singoli individui. Il presente piano ha una dimensione futura dovendo applicarsi nel corso di un triennio, ciò comporta che occorre analizzare lo scenario in cui si opera ed affrontare le criticità rappresentate principalmente da una ricerca del benessere manifestata dal cittadino-utente in modo sostanzialmente diversa dal passato anche recente.

Le dinamiche socio-ambientali impattano con il sistema sanitario ed in particolare con l'attività dell'Azienda nel medio e lungo periodo.

Infatti demograficamente è aumentata la popolazione anziana con il risultato che prevalgono sempre più le patologie croniche.

Secondo i dati ISTAT al 1/1/2021 mediamente nell'intera Provincia per ogni 11,4 persone che muoiono ogni 1.000 abitanti, ne nascono 7,7. I quozienti di natalità e di mortalità negli otto distretti sanitari evidenziano come la mortalità segue un andamento tendenzialmente opposto alla natalità che comporta un tasso di crescita naturale negativo (grafico n° 1).

QUOZIENTI DI NATALITÀ E DI MORTALITÀ A CONFRONTO – grafico n° 1

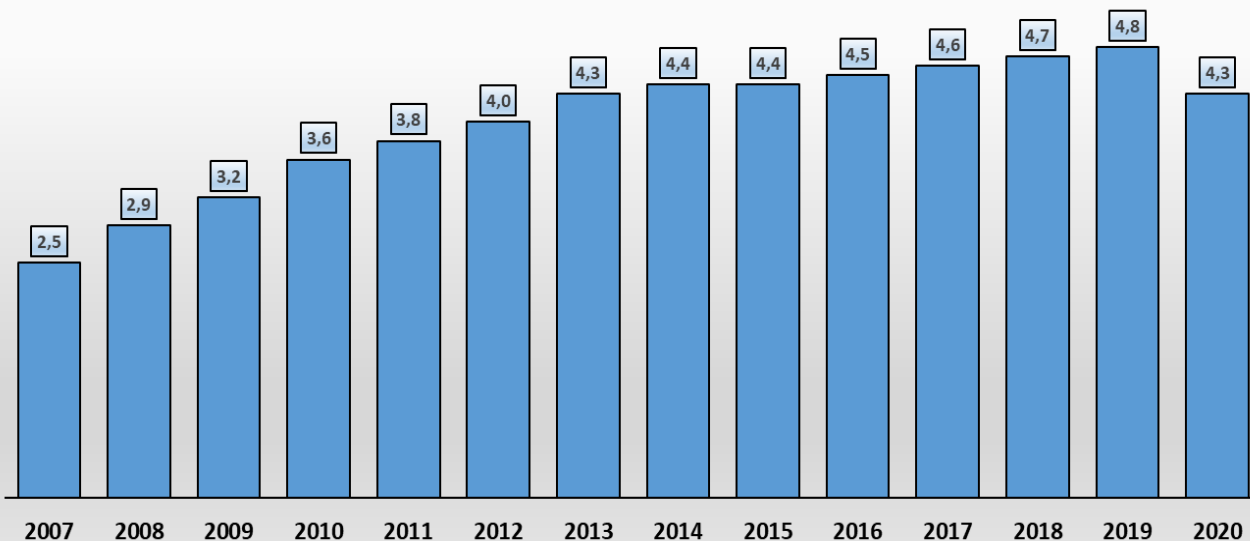


Inoltre sono aumentati i cittadini stranieri determinando una differenziazione tra ambiti culturali, socioeconomici e stili di vita che si traducono in contenuti diversi del valore famiglia e salute.

Il grafico n° 2 indica l'incidenza percentuale della popolazione straniera sul totale della popolazione residente nell'ambito del territorio dell'ASP di Messina dal 2007 al 2020.

Nel 2020 si registra un decremento dell'incidenza della popolazione straniera invertendo il trend di crescita degli anni precedenti, probabilmente l'emergenza sanitaria Covid19 ha influito riducendo i flussi migratori.

Incidenza % popolazione straniera - grafico 2



Informazioni demografiche

La popolazione, nel corso degli anni, si è concentrata prevalentemente sulla costa, abbandonando in buona parte i centri collinari. Situata all'estremità nordorientale dell'isola e affacciata a nord sul Mar Tirreno, ad est sullo Stretto di Messina, che la separa dalla Calabria, e sul Mar Ionio. Confina ad est con la Provincia di Reggio Calabria, ad ovest con la Provincia di Palermo, a sud con la Provincia di Enna e la Provincia di Catania.

La costa tirrenica è lunga 150 Km: 24 km all'interno del Comune di Messina e 126 km da Villafranca Tirrena a Tusa, rispettivamente primo ed ultimo Comune del Tirreno messinese. La jonica, invece, segna 68 Km: 34 km all'interno del Comune di Messina e 34 km da Scaletta Zanclea a Giardini Naxos, il primo e l'ultimo Paese del litorale jonico.

Il territorio è prevalentemente montuoso, ad eccezione delle poco estese piane alluvionali alle foci dei corsi d'acqua. Il territorio provinciale comprende anche l'arcipelago delle Isole Eolie, un arcipelago di origine vulcanica, al largo della Sicilia settentrionale, di fronte alla costa tirrenica messinese. L'arcipelago è composto dalle seguenti isole: Alicudi, Filicudi, Lipari, Panarea, Salina, Stromboli e Vulcano. Le catene montuose dei Monti Peloritani e dei Monti Nebrodi o Caronie, con l'omonimo Parco Regionale Naturale, rappresentano la continuazione naturale dell'Appennino continentale in territorio siciliano. I principali corsi d'acqua sono il fiume Alcantara (che segna il confine con la provincia di Catania) ed altri corsi d'acqua a regime torrentizio tra cui il fiume Pollina, ad ovest, che costituisce il limite di confine con la provincia di Palermo.

Dal punto di vista della densità abitativa mediamente nell'intera Provincia di Messina all'1/01/2021 risiedono 189,17 abitanti per Km², distribuiti in modo disomogeneo nei diversi contesti territoriali. Da una concentrazione di 613,99 abitanti nel distretto della città capoluogo, si passa ad una bassa densità di 55,47 abitanti per Km² nell'ambito del distretto di Mistretta.

DISTRETTI SANITARI - densità abitativa al 01.01.2021		
Distretti	Superficie/ Kmq	Densità abitativa Abitanti/ Kmq
Messina	424,67	613,99
Milazzo	245,42	297,62
Barcellona P.G.	419,04	159,99
Patti	348,14	131,39
Lipari	114,71	128,92
S. Agata M.llo	722,95	95,67
Taormina	625,57	88,20
Mistretta	276,94	55,47
Totale	3.177,44	189,17

Il clima della provincia di Messina è il più mite in assoluto della Sicilia ed anche il più piovoso. D'estate raramente la temperatura supera i 35 °C e d'inverno raramente scende al di sotto dei 10 °C.

Il commercio insieme al turismo è l'elemento trainante dell'economia in provincia.

I dati Istat relativi al numero di attività commerciali mettono in evidenza come il settore sia sviluppato e trainante per la città capoluogo ed in modo particolare per i centri di Milazzo, Barcellona Pozzo di Gotto e Capo d'Orlando. A Messina si trovano industrie di medie dimensioni con attività di produzione di caffè, birra e generi alimentari, prefabbricati, mobili.

In provincia, la sede più importante è la Raffineria Mediterranea di Milazzo. Cantieri navali anche a Giamporo. Qui trovano spazio anche le acciaierie. Un'importante centrale elettrica si trova a San Filippo del Mela.

Mobilità Passiva Intra Regionale ed Extra Regionale per DRG

Relativamente alla mobilità passiva extra regione si evidenzia che al momento della stesura del Piano i dati 2020 e 2021 non sono presenti sul PROD.

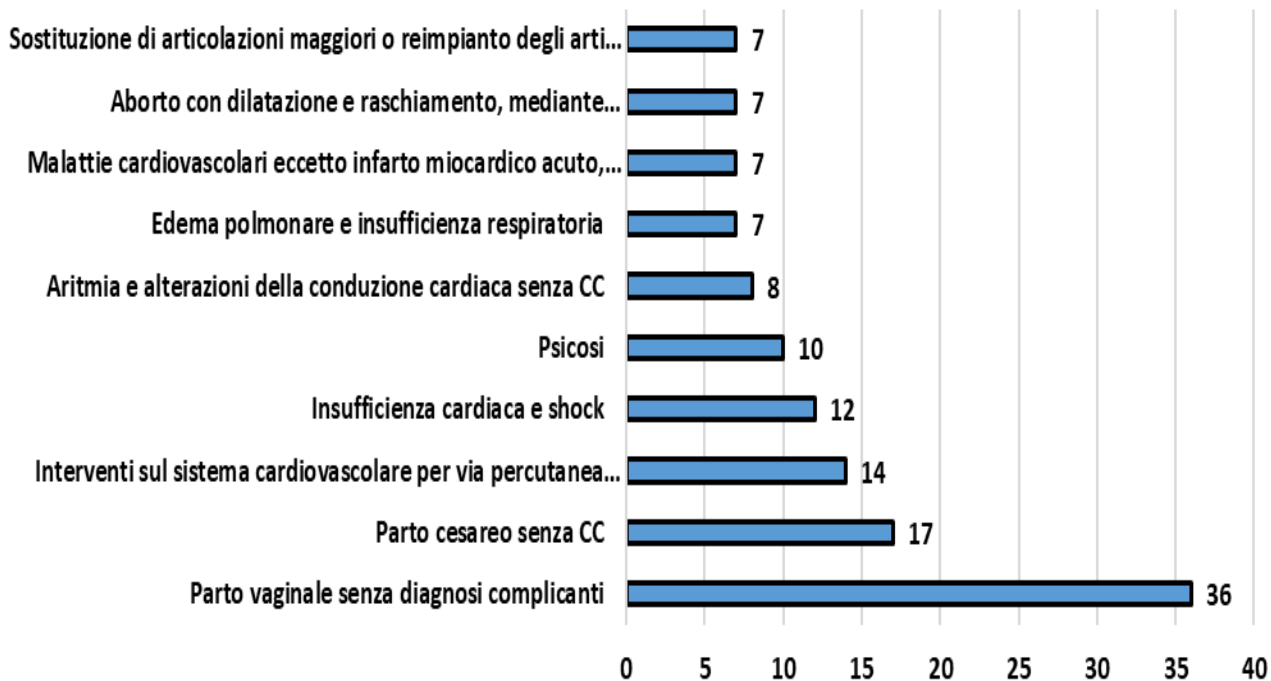
Mobilità Attiva Extra-Regione ed Intra-Regione per DRG

Per quanto riguarda la **mobilità attiva extra regione** si riscontra che i DRG a maggiore attrazione da parte dei presidi ospedalieri afferenti all'ASP di Messina sono "Parto Vaginale senza diagnosi complicanti", "Parto Cesareo senza CC", "Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea" "Insufficienza cardiaca e shock" e "Psicosi".

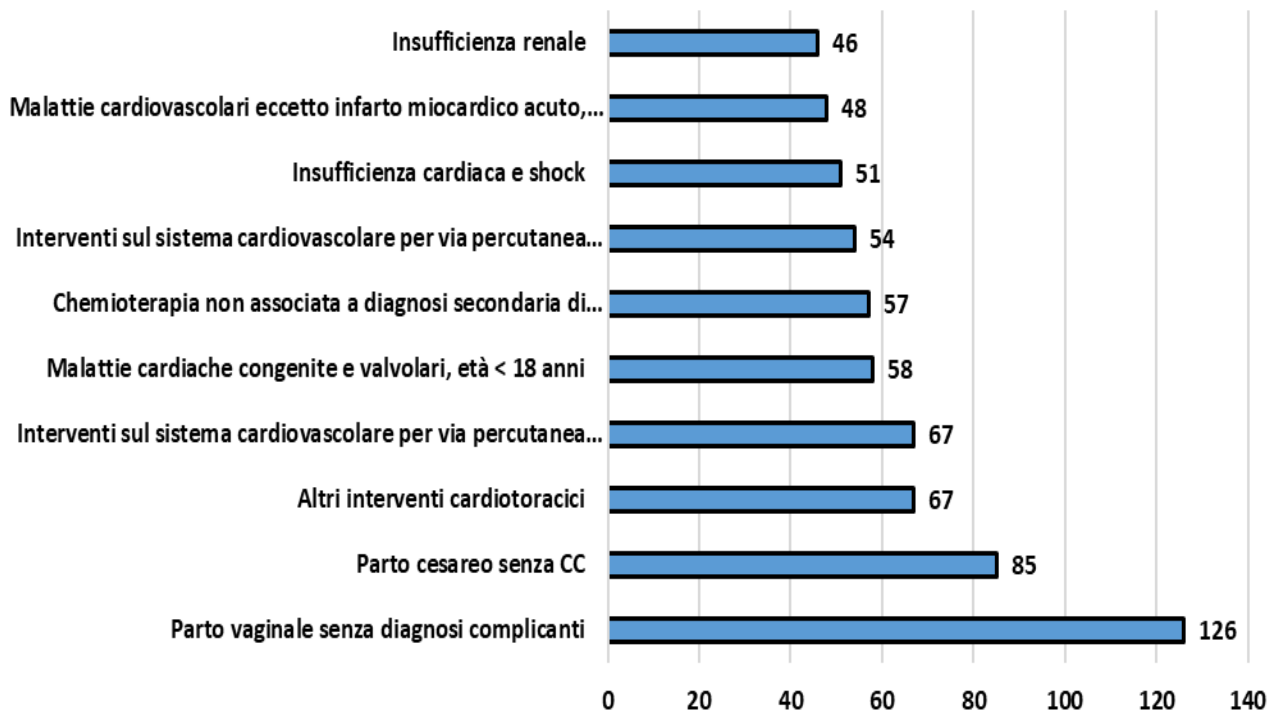
Osservando i dati relativi alla **mobilità attiva intra regione** i DRG a maggiore attrazione sono "Parto Vaginale senza diagnosi complicanti", "Parto cesareo senza CC", "Altri interventi cardiotoracici", "Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea con stent medicato con diagnosi cardiovascolare maggiore" "Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni" e "Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea senza inserzione di stent nell'arteria coronarica senza IMA".

Nei grafici sono rappresentati i primi DRG di maggiore attrazione di ricoveri (fonte PROD - anno 2020).

ASP Messina - DRG con maggiore mobilità attiva extra regione



ASP Messina - DRG con maggiore mobilità attiva intra regione



Analisi del contesto interno

Questa ASP ritiene di dover focalizzare l'analisi del contesto interno sulle risorse umane disponibili perché ritenuta più utile, nello spirito del Piano, sia per il cittadino-utente che in tal modo ha la percezione immediata del personale che incontrerà quando accede ai servizi sanitari, sia per la Direzione Aziendale che ha uno strumento per compiere le scelte strategiche, sia per i singoli dirigenti che nella realizzazione dei loro compiti devono gestire le risorse umane affidategli, ed infine per tutti i dipendenti che possono collocarsi in base ai loro dati personali e professionali all'interno dell'organizzazione di cui fanno parte.

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva del personale dipendente dell'Azienda nel corso dell'ultimo triennio. Dalla tabella si rileva nel 2021 un decremento del personale dipendente pari all' 1,83% rispetto all'anno precedente. In particolare, il decremento maggiore si riscontra nell'area della dirigenza medica e sanitaria del comparto.

	2019			2020			2021		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Dirigenza	591	654	1.245	588	626	1.214	573	575	1.148
<i>Amministrativa</i>	11	6	17	11	7	18	13	6	19
<i>Medica</i>	461	570	1.031	460	541	1.001	442	497	939
<i>Sanitaria non medica</i>	108	26	134	101	29	130	104	28	132
<i>Tecnica</i>	4	5	9	6	2	8	5	1	6
<i>Professionale</i>	1	2	3	3	5	8	3	5	8
<i>Veterinaria</i>	6	45	51	7	42	49	6	38	44
Comparto	2.143	1.204	3.347	2.207	1.216	3.423	2.213	1.191	3.404
<i>Amministrativo</i>	310	138	448	278	123	401	283	136	419
<i>Sanitario</i>	1.370	776	2.146	1.394	795	2.189	1.389	764	2.153
<i>Tecnico</i>	462	290	752	533	297	830	539	290	829
<i>Professionale</i>	1	0	1	2	1	3	2	1	3
Totale <i>(Dirigenza+Comparto)</i>	2.734	1.858	4.592	2.795	1.842	4.637	2.786	1.766	4.552

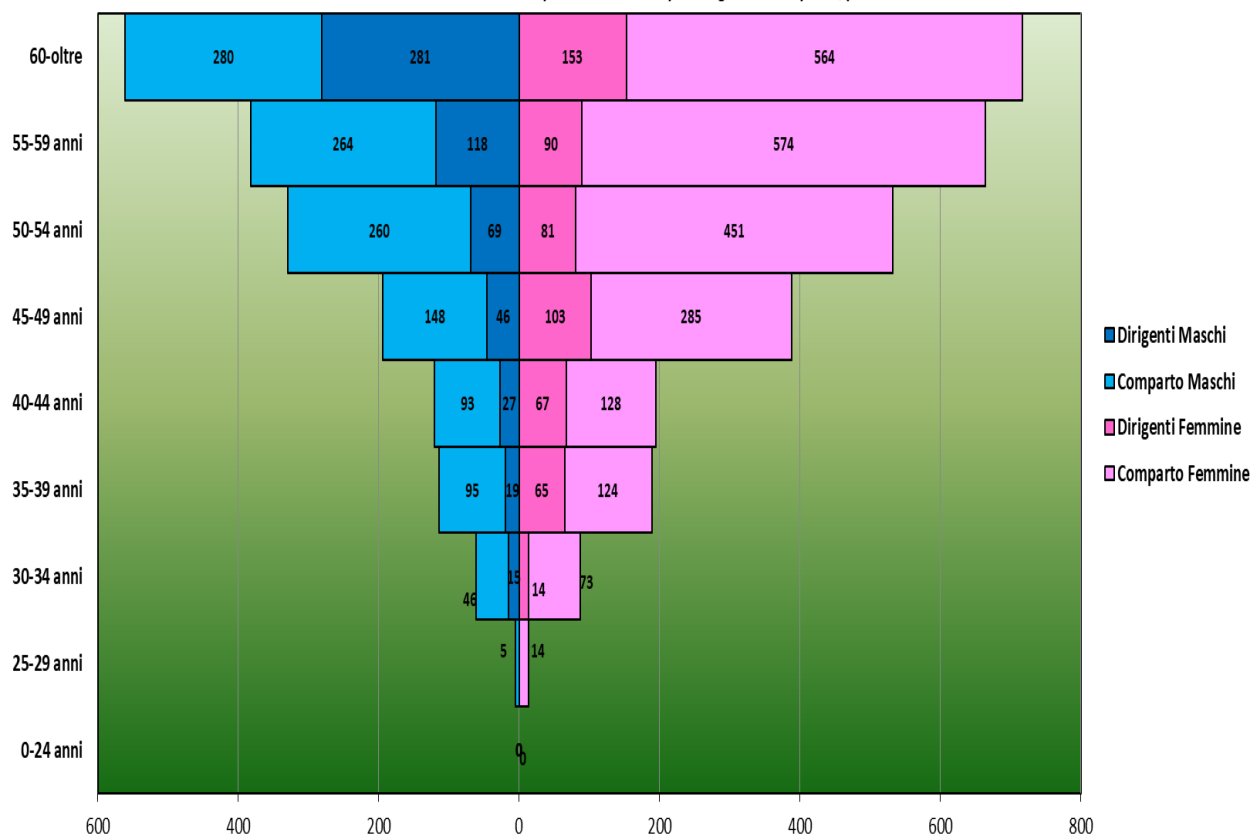
Per quanto invece concerne la distribuzione per sesso (vedi grafico a piramide) si evidenzia una prevalenza di donne (61,20%) rispetto agli uomini (38,80%). Nel dettaglio si evidenzia un maggior numero di donne nell'area del comparto (65,01%) mentre nell'area della dirigenza sono presenti più uomini (50,09%) che donne.

Considerando l'età si nota una incidenza maggiore del personale nelle classi di età più avanzate: l'82,75% del totale dei dipendenti è ultra quarantacinquenne con un'età media di 53 anni. La classe di età che ha un peso maggiore è quella con età superiore ai 60 anni seguita da quella con età compresa tra i 55-59 anni che insieme costituiscono il 51,05% del totale dei dipendenti.

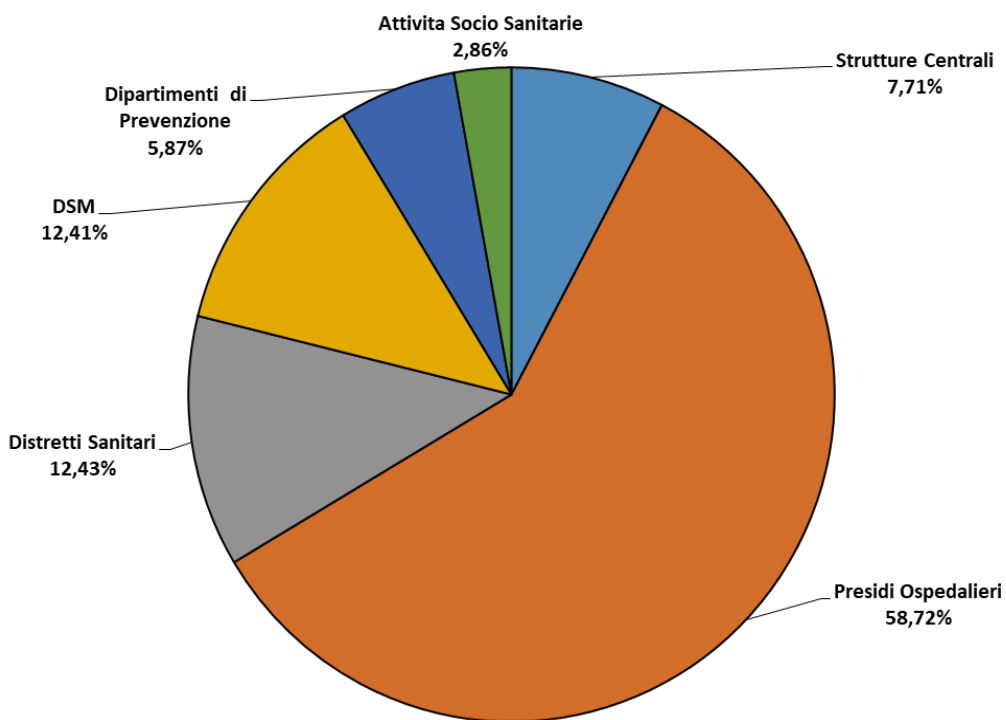
Nel grafico a torta è riportata l'assegnazione del personale in servizio al 31 dicembre 2021 nelle diverse aree aziendali.

Oltre la metà del personale dipendente (58,72%) è assegnato ai Presidi Ospedalieri; il 12,43% è assegnato ai Distretti Sanitari; il 12,41% è assegnato al DSM (dove afferiscono le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Infantile); il 5,87% è assegnato alla Prevenzione Medica e Veterinaria; il 2,86% al Dipartimento Attività Socio Sanitarie e il rimanente 7,71% svolge il proprio servizio nell'ambito delle Strutture Centrali di supporto.

Piramide dell'età: distribuzione del numero di dipendenti distinto per dirigenti e comparto, per sesso e classi di età



Distribuzione per area di assegnazione del personale dipendente



SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

Sottosezione di programmazione – Valore pubblico

Come precisato dall'ANAC nell'Aggiornamento al Piano Anticorruzione (Determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015), in un'apposita sezione inerente la Sanità, il *"Sistema Sanitario Nazionale costituisce una delle eccellenze internazionali ratificate anche da valutazioni dell'OMS21"*.

Si tratta di un'evidenza che coniugata alla circostanza che il bene primario della salute è un diritto costituzionalmente protetto, rappresenta la mission di tutto il sistema sanitario italiano e, pertanto, il concetto di valore pubblico della sanità nella sua accezione più ampia.

Tale concetto, tradotto in obiettivi di salute dalle massime autorità sanitarie italiane, vengono tradotti in obiettivi strategici su base regionale e aziendale e quindi ricondotti in obiettivi operativi in ambito aziendale e di singola U.O..

In tale contesto, il Valore Pubblico, entrato recentemente in seno alla riforma della PA, può costituire un nuovo paradigma caratterizzato da potenzialità evocativa; pertanto esso può essere definito come l'incremento del benessere reale (economico, sociale, culturale, ambientale, etc.), che si viene a creare presso collettività.

Esso deriva dall'azione dei diversi soggetti pubblici, che perseguono questo traguardo mobilitando al meglio le proprie risorse tangibili (finanziarie, tecnologiche etc.) e intangibili (capacità organizzativa, rete di relazioni interne ed esterne, capacità di lettura del territorio e di produzione di risposte adeguate, sostenibilità ambientale delle scelte, capacità di riduzione dei rischi reputazionali dovuti a insufficiente trasparenza o a fenomeni corruttivi).

Il Valore Pubblico riguarda, pertanto, sia l'impatto esterno generato dalle Pubbliche Amministrazioni e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, sia le condizioni interne all'ente nei confronti dei quali il miglioramento tende, prendendo in considerazione "come" il "benessere addizionale" viene prodotto, non solo "cosa", richiedendo un'azione complessiva orientata verso una prospettiva di medio-lungo periodo.

Il Valore Pubblico si realizza, quindi, mediante una combinazione bilanciata tra di economicità e socialità, con particolare attenzione al fattore ambientale e alle modalità con cui la PA riesce a gestire le proprie risorse in modo efficiente ed efficace.

Infine, il Valore Pubblico deve essere inteso in termini di funzionamento organizzativo e processi.

Sottosezione di programmazione - Performance

Nella presente sottosezione si procederà alla definizione degli obiettivi e degli indicatori di performance di efficienza ed efficacia secondo quanto previsto dal D.Lgs 150/2009 come modificato dal D.Lgs 74/2017. in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, con la programmazione nazionale con gli Obiettivi Contrattuali e gli Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi assegnati dall'Assessorato Regionale alla Sanità.

Secondo quanto previsto dall'art.4 comma 2 lettera a) del D.Lgs 150/2009 come modificato dal D.Lgs 74/2017 la definizione degli obiettivi ed i valori attesi non possono prescindere dai risultati conseguiti nell'anno precedente, pertanto di seguito si riportano i risultati raggiunti nell'anno 2021.

Obiettivi strategici e obiettivi operativi

Risultati anno 2021

Premesso che la situazione emergenziale causata dalla pandemia ancora in corso ha prodotto delle modifiche sostanziali su tutti i processi aziendali, si evidenzia che l'attività programmata ha subito stravolgimenti per far fronte alle nuove richieste sanitarie al fine del contenimento della diffusione del coronavirus, influenzando i risultati raggiunti per il trascorso anno 2021 che costituiranno oggetto di analisi specifica e dettagliata nella relazione sulla performance che verrà redatta successivamente .

Inoltre l'attività è stata rivolta anche agli "Obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle ASP del S.S.R. Addendum al contratto di lavoro" per fronteggiare l'emergenza sanitaria da Covid 19.

Per quanto riguarda l'attività programmatica, poiché la Regione Siciliana non ha ancora individuato gli obiettivi per l'anno 2022, sarà incentrata sul proseguimento degli *Obiettivi Contrattuali* e gli *Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi* assegnati dall'Assessorato Regionale alla Sanità con Deliberazione n. 96 del 13.03.2019.

Obiettivi Generali

Gli obiettivi generali, assegnati dall'Assessorato Regionale alla Sanità, in continuità alle linee programmatiche perseguite negli anni precedenti sono di seguito elencati:

- Equilibrio economico di bilancio.
- Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa.
- Rete Integrata dei Servizi per l'Autismo.
- Contenimento della spesa riferita al personale.
- Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato.
- Acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente.
- Area di emergenza e urgenza e per il Pronto Soccorso.
- Assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera.
- Rispetto della direttiva "Flussi Informativi" di cui al decreto interdipartimentale n° 1174/08 del 30 maggio 2008.
- Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione.
- Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla Libera Professione Intramuraria, ai sensi della L. 120 del 3 agosto 2007.

Equilibrio economico di bilancio

Si premette che in data 16/11/2021 l'Azienda è stata convocata per l'incontro di negoziazione delle risorse finanziarie per l'anno 2021 con l'Assessorato regionale della Salute. Tuttavia, in occasione del suddetto incontro, sono state fornite alcune informazioni all'Azienda ed è stato preannunciato che sarebbe stato anticipato il termine del 31/01/2022 per la predisposizione del conto economico preconsuntivo 2021, affinché lo stesso modello potesse essere utilizzato come situazione base per l'assegnazione delle risorse finanziarie 2021.

Il Modello CE preconsuntivo 2021, come da richiesta regionale, è stato trasmesso all'Assessorato della Salute in data 24/01/2022.

Non essendo, quindi, ancora intervenuta la negoziazione di risorse finanziarie per l'anno 2021, al momento non è possibile stabilire il rispetto o non rispetto dell'equilibrio economico; in atto, l'assegnazione provvisoria attribuita dalla Regione con nota di istruzioni per la compilazione del Modello CE non è risultata sufficiente a coprire tutti i costi aziendali.

Il 2021 è stato, peraltro, un anno caratterizzato dall'evento straordinario della pandemia COVID che ha inciso pesantemente sull'andamento economico. Il risultato del Modello CE al IV trimestre 2021 rileva un risultato positivo di circa 339 mila euro. Tale incremento rispetto all'anno 2020 è riconducibile a diverse poste, al netto di alcune che si compensano, tra cui:

- - 12,9 milioni di euro di incremento per Decreti Covid voce AA032;
- 3,9 milioni di assegnazione vincolata di cui 3 solo per medicina penitenziaria;
- 2 milioni per D.A. Cure Palliative anni ante 2021;
- 5,8 milioni di euro di aumento per tamponi da Azienda del SSR;
- 1,2 milioni di incremento di costi per smaltimento rifiuti covid;
- 600 mila di incremento di costi per elettricità;

In conclusione in assenza dell'assegnazione delle risorse per l'anno 2021 in esito a negoziazione, non potrà essere valutato il rispetto dell'obiettivo di equilibrio economico.

Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa

L'obiettivo principale è stato sempre rivolto ad individuare azioni migliorative sul sistema di prenotazione, sulla capacità di erogazione e sul sistema di monitoraggio dei tempi d'attesa al fine di facilitare l'accesso alle cure, di razionalizzare le risorse, incrementare la flessibilità dell'offerta, rendere compatibile la domanda di prestazioni sanitarie con la garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo, in particolare, l'inappropriatezza prescrittiva.

Nel corso del 2020 l'emergenza pandemica ha fortemente condizionato l'accesso alle prestazioni sanitarie ed i relativi tempi di attesa.

La pandemia da SARS-CoV-2, ha reso necessaria una drastica rimodulazione delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie sia nelle strutture pubbliche, sia in quelle private accreditate, che ha comportato, in particolare, la sospensione dell'attività programmata garantendo soltanto specifiche attività ambulatoriali, fra cui quelle per prestazioni non differibili e le prestazioni in classe di priorità U e B.

L'evoluzione del quadro epidemiologico ha consentito di procedere al graduale riavvio delle attività sospese, come disciplinato dall'Assessorato della Salute con Sua circolare che definisce le linee di indirizzo e le opportune misure da adottare finalizzate ad assicurare la ripresa dell'attività assistenziale nelle migliori condizioni di sicurezza possibili per utenti, assistiti e personale.

Dal mese di giugno 2020 l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali è gradualmente ripresa,

per quanto con un regime di produzione limitato a causa delle restrizioni di carattere preventivo e con l'ulteriore criticità di dover programmare il recupero delle prestazioni rimaste sospese con risorse professionali ridotte.

Nonostante le azioni attuate abbiano consentito una progressiva ripresa dell'attività e il graduale recupero delle prestazioni sospese, la sospensione dell'erogazione delle prestazioni ambulatoriali, di ricovero e di screening non urgenti e differibili, causata dalla diffusione dell'epidemia da Sars-Covid2, ha determinato l'allungamento delle liste di attesa e un maggiore rischio di peggioramento degli indicatori di salute per la popolazione non affetta da Sars-Covid2 costretta a ritardare l'accesso alle cure.

A tal fine questa Azienda ha ritenuto altresì doveroso, nonostante la recrudescenza del quadro epidemico, individuare nuove strategie di recupero delle prestazioni non erogate e riprenotate che hanno permesso di riassorbire circa il 45% delle prestazioni.

A seguito del D.A. n. 1103 del 26/11/2020 "Approvazione del Piano Operativo per il recupero delle Liste di attesa della Regione Siciliana previsto dall'art. 29 comma 9 del D.L. 104/2020" integrato dal D.A n. 212/2021 questa ASP, con atto deliberativo n. 1081 del 29/03/2021, ha adottato, in ottemperanza alle Linee dettate dall'Assessorato, il Piano Operativo Aziendale Ospedale – Territorio per il Recupero delle Liste di Attesa (già inviato a Codesto Assessorato).

Con atto deliberativo n. 1362 del 21/04/2021 integrato con atto deliberativo n. 1445 del 29/04/2021, è stato costituito un gruppo operativo aziendale per l'organizzazione ed il coordinamento del Piano Operativo in argomento.

Rete Integrata dei Servizi per l'Autismo

L'obiettivo prevede la destinazione dello 0,2% delle somme poste in entrata nel bilancio ASP al fine di implementare la rete dei servizi dedicati all'autismo.

Si riportano di seguito le azioni intraprese nel 2021:

Nel mese di maggio è stata completata la procedura di indizione concorso come da bando di evidenza pubblica Deliberazione n. 1569/DG del 5 maggio 2021 - Procedura selettiva comparativa per titoli e colloquio per il conferimento di incarichi libero professionali annuali: n.1 medico di Neuropsichiatria Infantile, n.2 psicologi, n.2 educatori professionali.

Al 31.12.2021 sono state espletate le relative procedure concorsuali per i profili: medico NPI, psicologi, logopedista, terapeuta ABA e terapeuta ESDM con pubblicazione delle relative delibere, verbali, atti e graduatoria.

Il DSM è stato parte attiva del processo di proroga per le convenzioni dei tre Centri Diurni per Autismo già attivati e funzionanti.

- 1) Cittadella della Speranza - Nizza di Sicilia;
- 2) Progetto dopo di Noi - Barcellona P. G.
- 3) Centro Navacita - Naso.

Contestualmente dal 1° novembre 2021 sono state istituite tre mini équipes domiciliari ricadenti nel territorio dei tre Centri Diurni per l'Autismo.

Sono state effettuate le seguenti azioni:

- Conferenza Servizi DSM - Direzione Strategica ASP;
- È in corso la procedura amministrativa per l'attivazione del Centro Diurno Area Metropolitana (iter seguito dal DSM).

Contenimento della spesa riferita al personale

Il costo del personale dipendente al 31/12/2021 è pari a € 212.267.009, e rispetta il tetto di spesa previsto.

Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato

Il numero del personale a tempo determinato è di 398 unità, pari ad un costo di € 19.601.886,20.

Nel corso del 2021 sono state assunte a tempo indeterminato n. 25 unità con mobilità, n. 12 unità acquisite tramite procedure concorsuali, n. 67 unità assorbite tramite le procedure di "stabilizzazione" dei tempi determinati e n. 7 unità vincitrici di graduatorie, per un totale complessivo di 111 unità in entrata.

Di contro nel 2021 ci sono stati 251 collocamenti a riposo sia per limiti ordinamentali che per dimissioni volontarie che, inevitabilmente, hanno incrementato il ricorso agli incarichi a tempo determinato. Tale ricorso ha subito un incremento notevole nel corso dell'anno anche per far fronte alle criticità derivanti dalla pandemia da Covid19, per sostenere le attività assistenziali e per garantire il mantenimento dei LEA nelle strutture sanitarie.

Sono in corso di definizione procedure concorsuali avviate negli anni precedenti (ad esempio per veterinari, cardiologi, etc). Inoltre, sono state avviate procedure concorsuali per l'acquisizione di svariate figure professionali (ad esempio, n. 17 posti di Dirigente Medico in varie discipline, n. 3 posti di Medico di medicina trasfusionale, etc) e procedure avviate e in parte concluse per il Presidio Ospedaliero di Lipari.

Inoltre, sono stati assunti dirigenti medici anestesisti attraverso selezione aziendale avente capofila il Policlinico di Palermo. Sono state avviate procedure di mobilità intra-regionale di bacino per circa 30 collaboratori professionali infermieri. L'assunzione del personale a seguito della conclusione delle procedure in oggetto consentirà la riduzione degli incarichi a tempo determinato.

Acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente

L'UOC Provveditorato, in ossequio al disposto della normativa in materia di *spending review* ha utilizzato prioritariamente e principalmente per gli acquisti sotto soglia gli strumenti di negoziazione e di acquisto disponibili sul Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione.

Anche per gli acquisti di beni e servizi il cui valore supera le soglie di cui all'art. 35 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss. mm. e ii. l'UOC Provveditorato ha bandito gare ai sensi dell'art. 60 del Codice dei Contratti Pubblici ed ha utilizzato le convenzioni e gli accordi quadro stipulati da CONSIP S.p.A. ed il Sistema dinamico di Acquisizione.

Si rappresenta, altresì, che nonostante il Decreto Semplificazioni (D. L. 76/2020, convertito con modificazioni dalla Legge n. 120/2020) ed il Decreto Semplificazioni bis (D. L. 77/2021, convertito con modificazioni dalla Legge n. 108/2021) abbiano sospeso l'efficacia dell'art. 36 del D. Lgs. n. 50/2016 e ss. mm. e ii. ed innalzato le soglie fino alle quali è possibile l'affidamento diretto, l'UOC Provveditorato è ricorso alle procedure di affidamento diretto unicamente ove l'urgenza epidemiologica in corso non abbia permesso di aderire agli ordinari strumenti di acquisto e di negoziazione al fine di scongiurare gravi ripercussioni in materia di salute pubblica, di contro privilegiando sempre il confronto competitivo fra gli operatori economici del settore merceologico d'interesse al fine di garantire il rispetto dei principi di libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità e di pubblicità, enucleati nell'art. 30, comma 1, del D. Lgs. n. 50/2016 e ss. mm. e ii.

Area di emergenza e urgenza per il Pronto Soccorso

In merito all'attivazione delle procedure connesse al completo utilizzo delle somme assegnate per l'adeguamento delle strutture ai requisiti previsti si precisa che con deliberazione n. 1800/DG del 16.07.2019 sono stati approvati gli atti di gara inerenti la Procedura aperta,

suddivisa in due lotti, per l'affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria per la realizzazione dei Lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso dei PP.OO. di Milazzo e S. Agata e si è proceduto alla relativa aggiudicazione, suddivisa in lotti.

Si evidenzia che le fasi progettuali hanno avuto un notevole ritardo a causa delle limitazioni per l'emergenza Covid 19 che, oltre ad impedire il normale svolgimento dei rilievi e sopralluoghi, ha rallentato gli incontri per le relative approvazioni.

- Per il Lotto n. 1, relativo all'affidamento dei servizi di architettura e ingegneria per la realizzazione dei "Lavori di ristrutturazione per l'ampliamento del Pronto Soccorso del P.O. di Milazzo", il progetto è stato redatto dal RTP 3TI Progetti Italia Ingegneria Integrata spa – Architecna Engineering srl per un importo complessivo di € 2.000.000,00, di cui €1.600.000,00 a carico del bilancio regionale ed € 400.000,00 a carico del bilancio aziendale. Rispetto ai tempi stabiliti dal disciplinare d'incarico, il RTP ha presentato il progetto esecutivo con notevole ritardo, a causa dell'emergenza sanitaria. In sede di approvazione tecnica, il RUP, in data 16/12/2021, con provvedimento n° 985 ha approvato il progetto apportando delle modifiche alle somme a disposizione, incrementando l'importo complessivo dell'opera che così ammonta a € 2.100.000,00. L'importo in aumento, pari ad €100.000,00 troverà copertura nel bilancio aziendale. In atto è in corso l'approvazione amministrativa del progetto con contestuale indicazione della gara d'appalto.
- Per il Lotto 2, relativo all'affidamento dei servizi di architettura e ingegneria per la realizzazione dei "Lavori di ristrutturazione per l'ampliamento del Pronto Soccorso del P.O. di Sant'Agata di Militello", il progetto per l'importo di € 750.000,00 è stato redatto dal RTP Promedia s.r.l. – Arch. Giuseppe Marotta. Successivamente, i lavori sono stati aggiudicati con Deliberazione n° 1674/DG del 13/05/2021 all'impresa Chiofalo Group srl con sede in San Filippo del Mela (Me). Il contratto d'appalto è stato stipulato in data 16/07/2021, i lavori sono stati consegnati all'impresa e sono in corso di esecuzione.

Assistenza farmaceutica

In riferimento all'obiettivo si riporta nella tabella il consuntivo degli scostamenti 2021 sui tetti di spesa assegnati con DA 1634/2019 del 29.7.2019 su 9 categorie di Farmaci.

Tale scostamento risulta essere pari ad € 6.246.217,24 con uno scostamento percentuale del 13,11%.

Classe ATC	Valore Obiettivo	Spesa	Differenza	Scostamento %
A02 - Farmaci per disturbi correlati all'acidità	€ 8.774.017,94	€ 8.940.010,00	€ 165.992,06	1,89
A10 - Farmaci usati nel diabete	€ 5.130.402,34	€ 5.948.062,00	€ 817.659,66	15,94
C09 - Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	€ 12.469.566,61	€ 14.460.692,00	€ 1.991.125,39	15,97
C10 - Sostanze modificatrici dei lipidi	€ 8.521.965,03	€ 11.478.872,00	€ 2.956.906,97	34,70
G04 - Urologici	€ 2.895.890,11	€ 2.940.072,00	€ 44.181,89	1,53
J01 - Antibatterici per uso sistemico	€ 6.537.615,02	€ 5.593.190,00	- € 944.425,02	-14,45
J02 - Antimicotici per uso sistemico	€ 639.458,56	€ 895.560,00	€ 256.101,44	40,05

M01 - Farmaci antinfiammatori ed antireumatici	€ 1.528.468,82	€ 2.056.513,00	€ 528.044,38	34,55
M05 - Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	€ 1.140.315,53	€ 1.570.946,00	€ 430.630,47	37,76
TOTALE	€ 47.637.699,76	€ 53.883.917,00	€ 6.246.217,24	13,11

Appare opportuno evidenziare che, a seguito dell'attuale pandemia, non è stato possibile effettuare, con la stessa cadenza degli anni precedenti, le convocazioni singole dei MMG e le riunioni congiunte negli ospedali. Nonostante ciò, si è tenuta una riunione congiunta con i direttori dei distretti, dei presidi ospedalieri, gli specialisti ambulatoriali e i rappresentanti della F.I.M.M.G. in cui si è evidenziato lo sfioramento della spesa farmaceutica, già più volte rappresentato con dettagliate note informative, per trovare delle soluzioni condivise per contenere lo scostamento.

A tal fine si è avuta una ripresa delle singole convocazioni dei MMG nei vari distretti finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e al rispetto dei tetti di spesa farmaceutica previsti dalla normativa vigente.

Si evidenzia che una delle motivazioni dello scostamento negativo è determinata dall'alto indice di anzianità che la città di Messina presenta rispetto alle altre provincie siciliane

Rispetto della direttiva Flussi Informativi

Per quanto riguarda l'obiettivo Osservanza degli obblighi dei Flussi Informativi si fa presente che risultano rispettati i tempi di trasmissione dei flussi ministeriali sia annuali che trimestrali. I flussi assessoriali sono stati trasmessi secondo la tempistica, ad eccezione del flusso SISM il cui 2° semestre non è ancora stato inviato per problemi tecnici e si è in attesa della risoluzione del problema.

Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione

Questa ASP ha adottato, con deliberazione n. 1049/DG del 25/03/2021, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2021-2023, successivamente modificato ed integrato con deliberazione n. 1272/DG del 14/04/2021, elaborato secondo le indicazioni della determina ANAC n. 12/2015, della delibera ANAC n. 831/2016 e dei successivi aggiornamenti al PNA 2017, al PNA 2018 e al PNA 2019, proseguendo il lavoro avviato negli anni precedenti, implementando ulteriori misure per aree generali e specifiche e per quasi tutti i processi di questa A.S.P., con un'intensa attività di coinvolgimento di tutti le articolazioni e livelli aziendali a seconda delle specifiche azioni, anche ai fini dell'individuazione di nuovi processi e/o per l'integrazione/revisione di quelli già mappati.

Anche nel 2021 è stata dedicata particolare attenzione ai processi inerenti l'Area generale di rischio "Contratti Pubblici" e, nello specifico, a quelli inerenti all'Area "Sanità" e alle relative sotto-aree.

La consueta analitica attività di approfondimento ha consentito di procedere al riesame dei processi/procedimenti/fasi/attività con un feedback di informazioni per ciascun processo, consentendo la descrizione dei flussi e delle interrelazioni tra le varie attività, e di pervenire, altresì, all'individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative interessate.

Come per gli anni precedenti, nel 2021 si è proseguito su questa linea dedicando ad ogni area di rischio uno spazio descrittivo, frutto del livello di analisi concretamente sviluppato con il coinvolgimento di tutta la struttura organizzativa, in particolare le unità operative coinvolte, secondo il principio della "responsabilità diffusa", alcune delle quali sottoposte ad audit per via documentale in sede di revisione della mappatura dei processi.

Il lavoro di revisione del sistema generale di mappatura dei processi avviato negli anni passati, fondamentale per la definizione delle priorità di trattamento riguardo ai rischi rilevati, è stato condotto sulla scorta delle indicazioni metodologiche riportate nell'allegato 1 del PNA 2019 in termini di approccio qualitativo, anche nel PTPCT 2021-2123, individuando i due indicatori inerenti il rischio di corruzione, **PROBABILITÀ** ed **IMPATTO**, implementando i 6 parametri di stima del rischio per la ponderazione della **PROBABILITÀ**, ed introducendo ulteriori 4 parametri per l'indicatore **IMPATTO**, mutuando per entrambi gli indicatori la metodologia di ponderazione introdotta da ANCI nel 2019.

Per ogni parametro relativo ad entrambi gli indicatori sono stati previsti tre livelli di rischio (Basso, Medio e Alto); una volta attribuiti, nel giudizio sintetico di ciascun indicatore viene riportato il valore di rischio più alto. Il valore di rischio dell'intero processo è determinato dal valore dell'incrocio dei valori di rischio dei due indicatori risultante nella matrice di rischio appositamente elaborata dall'Ufficio del RPCT, nella quale sono stati individuati 4 livelli di rischio (Basso, Medio, Alto, Molto Alto).

In tale contesto sono stati anche individuati ed introdotti i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla scorta delle priorità emerse in sede di valutazione degli stessi. La predetta attività di revisione è stata prevista e programmata mediante attività di auditing, al fine di individuare e/o modificare e/o integrare le misure più idonee, mediante attività di condivisione con i responsabili delle UU.OO. interessate, ed è stata anche scadenzata in ragione delle priorità rilevate, tenuto conto sia delle risorse a disposizione che della loro sostenibilità, anche per le successive fasi di monitoraggio delle stesse.

Si è proseguito nella necessaria distinzione da un lato tra "misure generali" e "misure trasversali", le quali incidono sull'intero sistema di gestione della prevenzione della corruzione per tutta l'amministrazione, e dall'altro lato "misure specifiche", che incidono su specifiche criticità individuate nella fase di analisi del rischio, ancorché all'analisi del contesto esterno/interno, nonché di episodi di corruzione o *maladministration* verificatisi nel periodo di riferimento, tenendo presente, comunque, la congruità delle misure stesse rispetto all'obiettivo principale di prevenire il rischio di corruzione.

Ai fini dell'identificazione delle concrete misure di trattamento del rischio, così come indicate dall'ANAC, si è fatto riferimento ai tre requisiti prescritti: efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, sostenibilità economica e organizzativa delle misure, adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, con riferimento a tempistica, responsabilità e indicatori/monitoraggio.

È stata rivolta particolare attenzione alle misure di prevenzione tendenti a regolamentare, proceduralizzare e standardizzare i processi/procedimenti, in stretta connessione con gli obiettivi di miglioramento organizzativo e prestazionale dell'amministrazione, soprattutto ai fini di garantire il rispetto delle regole e la tracciabilità dei percorsi tecnico-amministrativi. Tale attività è stata resa possibile grazie anche all'attuazione dei PAC adottati dall'Azienda e alle risultanze degli audit effettuati dall'Internal Auditor.

L'attività di controllo e monitoraggio, grazie al feedback delle relazioni prodotte dalle UU.OO. e all'attività di audit condotta presso alcune di quelle interessate da più elevato rischio di corruzione, hanno contribuito alla revisione della mappatura dei processi. Fondamentale in tal senso è stata la costante attenzione della Direzione Strategica e l'integrazione del PTPCT con il Piano della Performance, che ha consentito il pieno coinvolgimento dei Responsabili delle UU.OO. nell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, declinate peraltro quali obiettivi delle schede di budget.

Così come previsto si è proceduto ad implementare il sistema di reportistica relativa al monitoraggio e alla vigilanza sulla corretta applicazione del PTPCT e delle misure preventive ed eventuali, interventi correttivi mediante la elaborazione e predisposizione di ulteriori appositi format di flussi e report.

Ricalcando la metodologia degli anni precedenti, il monitoraggio sull'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione è stato effettuato prendendo sia in considerazione le relazioni semestrali all'uopo predisposte dai dirigenti responsabili delle UU.OO., sia mediante confronti e/o incontri e/o audit con i responsabili delle macrostrutture aziendali interessate ed i referenti delle UU.OO. facenti parte del gruppo multidisciplinare. Il monitoraggio e la verifica dell'efficacia sono stati effettuati su tutte le misure previste, sia quelle specificatamente individuate per ogni U.O.C. che per le misure trasversali alle stesse (Codice di Comportamento, rotazione dei dipendenti, conflitto d'interesse, monitoraggio del rispetto dei termini per la produzione dei procedimenti, trasparenza), in linea con quanto disposto nella Determinazione ANAC n. 12/2015, dal PNA 2016 e dal PNA 2019.

Nel corso del 2021 è stato effettuato da parte dell'OIV, come previsto dalla Delibera ANAC n. 294 del 13/04/2021, recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021 e attività di vigilanza dell'Autorità (termini di monitoraggio e pubblicazione della relativa attestazione previsti rispettivamente per il 31/05/2021 e 30/06/2021), il relativo monitoraggio sugli adempimenti inerenti gli obblighi di pubblicazione ivi individuati di cui al D. Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016, previsti per le pubbliche amministrazioni all'Allegato 2.1 della predetta deliberazione ANAC ed inerenti questa ASP, di seguito indicati: 1. Performance (art. 20); 2. Bilanci (art. 29); 3. Beni immobili e gestione del patrimonio (art. 30); 4. Controlli e rilievi sull'amministrazione (art. 31); 5. Bandi di gara e contratti (art. 37); 6. Interventi straordinari e di emergenza (art. 42).

La relativa attestazione da parte dell'OIV, pubblicata nella relativa sottosezione della sezione "Amministrazione Trasparente", ha fatto rilevare una sostanziale e complessiva valutazione positiva. Le attività poste in essere nell'ambito di tale obiettivo hanno consentito di ottenere un sostanziale generale miglioramento, in termini di quantità e qualità, delle attività di monitoraggio pianificate, programmate e realizzate, con un costante aggiornamento delle pubblicazioni.

Relativamente agli obblighi di trasparenza si precisa, in particolare riguardo ai dati di bilancio sulle spese e ai costi del personale, che risultano pubblicati nella sezione "Amministrazione trasparente" i bilanci e i relativi allegati, con i dati di bilancio sulle spese e sui costi del personale, (Bilancio di Previsione 2021, Bilancio Consuntivo 2020).

Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla Libera Professione Intramuraria, ai sensi della L. 120 del 3 agosto 2007

In relazione all'obiettivo sono state poste in essere una serie di iniziative funzionali alla prosecuzione ed attuazione di quanto previsto dall'art.1 comma 5 della Legge n. 120 del 3/8/2007 cioè la formalizzazione di uno strumento di programmazione ed organizzazione dedicato all'attività resa in regime libero professionale (A.L.P.I.), così come quelli derivanti dall'integrazione del Piano Triennale dell'Anticorruzione. Con delibera n° 1425/DG del 27.04.2021 la Direzione Strategica ha adottato il *Piano Aziendale Triennale dei volumi di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria* nel quale sono indicati, con riferimento alle singole unità operative, i volumi programmati di attività istituzionale e di attività libero professionale intramuraria per l'anno 2021.

Per ogni dirigente autorizzato è stata predisposta un'apposita scheda di negoziazione (secondo il modello approvato con la citata deliberazione) con indicazione degli estremi dall'atto di autorizzazione alla erogazione di attività in regime libero professionale e dei volumi di attività ALPI erogabili nel corso dell'anno 2021.

Obiettivi Addendum al Contratto di lavoro

Di seguito si elencano gli "Obiettivi assegnati ai Direttori Generali delle ASP del S.S.R. Addendum al contratto di lavoro" ed i valori raggiunti:

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE RAGGIUNTO
Deliberazione di Giunta Regionale n.553 del 27.11.20	Predisporre d'intesa con la Prefettura - U.T.G. e con l'Ufficio Scolastico territorialmente competenti, un protocollo unitario di gestione dei cluster nelle scuole-	SI secondo le direttive nazionali
Deliberazione di Giunta Regionale n.553 del 27.11.20,	Coinvolgere, coerentemente con le finalità dell'Accordo integrativo regionale di Medicina Generale, sottoscritto il 12.11.2020 - il coinvolgimento dei medici di famiglia, ciascuno relativamente ai propri assistiti, per l'attività di screening tesa alla ricerca della positività	SI nota prot. n. 137673/21
Ordinanze n. 25 del 13 giugno 2020 art.7 lettera c), n.42 del 15 ottobre 2020 art.4 comma 1 lettera c), 48 del 19 ottobre 2020 art.4 comma 1 lettera c) n.51 del 24 ottobre 2020 art.11 comma 1 lettera c),	Trasmissione de nominativi con positività covid 19 alle prefetture competenti del territorio in un apposito elenco unico giornaliero, indicando altresì il comune ne quale ciascun soggetto è sottoposto al regime di isolamento domiciliare. Il medesimo elenco, limitatamente ai dati di natura comunale , deve esser trasmesso a ciascun sindaco per il proprio Comune.	SI
Ordinanza n. 44 del 16 ottobre 2020 art.4,	Implementazione del numero delle già istituite USCA fino al raggiungimento dello standard di una unità ogni 25.000 abitanti	SI Delibera n. 3714/DG del 23.12.20
Ordinanza n. 44 del 16 ottobre 2020 art.3,	Istituzione in regime h24 USCA al pronto intervento	SI Delibera n. 1972/DG del 7.6.21

Ordinanza n.48 del 19 ottobre 2020 art.7	Campagna di screening sanitario mediante effettuazione del tampone rapido su card per una rilevazione qualitativa di antigeni specifici per Sars-Cov2 ovvero mediante test diagnostici analoghi autorizzati secondo quanto disposto dal DPCM del 13.10.2020	SI
Ordinanza n.51 del 24 ottobre 2020 art.15	Campagna sulla diffusione nel territorio dell'epidemia mediante tracciamento a partire dalla popolazione in età scolastica ed in aree caratterizzate dall'insorgenza di cluster localizzati.	SI
Ordinanza n.10 del 23 marzo 2020 art.1	Individuazione di strutture alberghiere aventi funzioni di strutture collettive di assistenza per garantire l'isolamento ai pazienti paucisintomatici, senza necessità di ricovero, appena positivamente tamponati o dimessi dall'ospedale in condizioni stabili ma ancora positivi, nonché ai pazienti in assenza di tampone nei quali è stata individuata la necessità clinica di un periodo di quarantena	SI
Ordinanza n.36 del 27 settembre 2020 art.2, comma 3	Sottoscrizione di un protocollo con le società di gestione degli aeroporti, le autorità portuali, i gestori del trasporto, di concerto con l'Assessorato regionale delle Infrastrutture e della Mobilità, al fine di sottoporre il c.d. tampone rapido ovvero ad altri mezzi di indagine diagnostica i soggetti provenienti dai Paesi Esteri	SI
DA N.550 del 19 giugno 2020 art.3	"Riorganizzazione delle terapie intensive e sub-intensive ai sensi dell'art.2 del DL 19 maggio 2020 n.34, modificato con DA 614 del 8 luglio 2020	Per l'attivazione dei posti letto di Terapia Intensiva e Subintensiva presso il PO di Taormina e di Milazzo l'Ente Regionale Attuatore ha designato i soggetti attuatori per i lavori di ristrutturazione. Nel PO di Taormina i lavori hanno avuto inizio con le opere di demolizione nell'area designata ma successivamente alla demolizione i lavori sono stati interrotti e alla data odierna non risultano ripresi. Nel PO di Milazzo i lavori non risultano iniziati. L'Azienda, in previsione dell'adeguamento in oggetto, ha inserito nella Dotazione Organica ancora in fase di approvazione da parte dell'Assessorato, il personale necessario.
Direttiva n.40933 del 16 novembre 2020	Trasmissione Direttiva Regionale per la raccolta centralizzata ed informatizzata dei dati relativi ai tamponi molecolari rinofaringei per Sars-Cov2	SI

Gli **Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi**, oggetto del sistema d'incentivazione, per l'anno 2021 sono di seguito riportati con i relativi risultati raggiunti:

Obiettivo 1: Screening

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE RAGGIUNTO
Promozione Screening Cervico-Carcinoma	1) N° test eseguiti / popolazione target annuale Indicatore LEA N° (adesione corretta per estensione corretta) / 100 * 2) Presenza PDTA Screening cervico carcinoma 3) Utilizzo HPV-DNA come test primario * con nota prot. n. 51139 del 15/12/2021 del DASOE è stata apportata una modifica al calcolo dell'indicatore LEA rispetto agli anni precedenti	1) 21% (Valore atteso: 50%) 2) SI 3) SI
Promozione Screening Mammografico	1) N° test eseguiti / popolazione target annuale Indicatore LEA N° (adesione corretta per estensione corretta) / 100 * 2) Presenza PDTA Screening Mammografico * con nota prot. n. 51139 del 15/12/2021 del DASOE è stata apportata una modifica al calcolo dell'indicatore LEA rispetto agli anni precedenti	1) 35% (Valore atteso: 60%) 2) SI
Promozione Screening: Colon Retto	1) N° test eseguiti/popolazione target annuale Indicatore LEA N° (adesione corretta per estensione corretta) / 100 * 2) Presenza PDTA Screening Colon retto * con nota prot. n. 51139 del 15/12/2021 del DASOE è stata apportata una modifica al calcolo dell'indicatore LEA rispetto agli anni precedenti	1) 4% (Valore atteso: 50%) 2) NO
Coinvolgimento e collaborazione MMG	N. MMG con pulizia liste / N. MMG totali	0% (Valore atteso: 100%)
Aggiornamento banca dati anagrafici	Aggiornamento banca dati anagrafici	SI

L'adesione agli screening è da considerarsi parziale in quanto, fino ad aprile, secondo la survey nazionale, la popolazione che si è presentata è stata considerata aderente.

L'organizzazione degli screening, tenendo conto delle norme di sicurezza per l'emergenza Covid, nell'anno 2021, così come era avvenuto nel secondo semestre del 2020, ha subito delle modifiche utilizzando il metodo dell'invito aperto cui segue la telefonata del paziente al Centro Gestionale Screening per lo screening mammografico e direttamente ai Consultori per lo screening del cervico carcinoma.

Nell'ASP di Messina lo **screening mammografico** nel 2021 ha raggiunto degli ottimi risultati mostrando un incremento di esami mammografici anche rispetto agli anni pre covid grazie anche alla possibilità di eseguire prestazioni aggiuntive per il recupero delle liste d'attesa. Nell'anno 2021 sono state recuperate le giornate di prevenzione eseguite con l'utilizzo

dell'unità mobile presso i comuni di Lipari, Salina, Cesarò e Mistretta. È stata organizzata una settimana di prevenzione al Parco Corolla nel mese di ottobre. In occasione di tali giornate oltre allo screening mammografico sono stati proposti con buona adesione anche lo screening del cervico carcinoma e del colon retto.

Lo **screening cervico carcinoma** ha risentito molto della carenza di personale dei consultori, per cui anche per quanto riguarda le prestazioni aggiuntive si è osservata l'adesione solo di 9 consultori.

Le norme di sicurezza per il contrasto del contagio da Covid 19 inevitabilmente consentono l'effettuazione di un numero ridotto di esami, in precedenza si effettuavano 5 mammografie e 4 PAP test o HPV DNA TEST/ora.

Quanto sopra descritto unitamente all'impossibilità di incrementare le risorse umane e tecnologiche non ha consentito, nell'anno 2021, di raggiungere l'adesione prevista dagli obiettivi, pur evidenziando risultati buoni soprattutto per lo screening mammografico.

Per quanto riguarda lo **screening del colon retto**, è stato avviato l'accordo regionale con le farmacie nell'aprile 2021 ma, dopo un primo periodo di incremento dell'attività, negli ultimi mesi si è osservato un periodo di stasi probabilmente conseguente all'emergenza covid che vede molte farmacie direttamente coinvolte nell'esecuzione dei tamponi, inoltre non è stato possibile a tutt'oggi attivare le farmacie dei distretti di Patti, S.Agata e Mistretta in quanto si attende l'avvio dell'attività di processazione dei FOBT presso il laboratorio del P.O. di Patti.

Per ciò che riguarda l'accordo con i MMG di cui al D.A. 1402 del 03/07/2019 era stato avviato alla fine dell'anno 2019, sul totale di n. 646 MMG attuali, molti dei quali sono di nuova assunzione, ne sono stati formati nel 2019 n.390 alcuni dei quali è andato in pensione e sostituito da nuovi medici che dovranno essere formati insieme a quelli che non hanno partecipato ai numerosi corsi organizzati in precedenza. Tale attività di formazione, di coinvolgimento e affiancamento dei MMG ha subito inevitabilmente un arresto poiché i medici di medicina generale ed anche il personale afferente al CGS è stato utilizzato per l'attività legata all'emergenza covid. Pertanto solo un numero esiguo di medici aveva iniziato ad eseguire la pulizia delle liste e prenotato no responders (33%). Attualmente la collaborazione dei MMG è quasi del tutto assente, nonostante siano stati inviati solleciti per la ripresa della stessa. Nel mese di dicembre u.s. è stata ripresa l'attività di formazione dei medici che non avevano partecipato in precedenza ma con scarsa adesione, tale attività proseguirà nell'anno 2022.

La bassa percentuale di adesione per tutti gli screening oncologici è ascrivibile comunque oltre che al persistere della pandemia anche alla cronica carenza di organico, che pone problemi rilevanti sia nella esecuzione del test di primo livello che di secondo livello.

Obiettivo 2: Esiti

Appropriatezza e tempestività degli interventi con riferimento all'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore per pazienti over 65, di Colectomia laparoscopica, all'incidenza dei parti cesarei e alla PTCA, ove necessita, in caso di infarto miocardico acuto.

OBIETTIVO		VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Sub obiettivo 2.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti >65	94,3%	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65 = PP.OO. Aziendali 39,33 % CC.CC 80,46 % Totale 65,21 %

		Anno 2021		
		N° fratture con intervento entro le 48h	N° fratture femore	Valore rilevato
190325	PO Milazzo	21	54	38,89%
190326	PO Taormina	39	104	37,50%
190329	PO S. Agata M.Ilo	10	20	50,00%
Totale PP.OO.		70	178	39,33%
190524	I.O.M.I.	30	34	88,24%
190526	Cristo Re	62	97	63,92%
190527	Carmona	67	75	89,33%
190528	Villa Salus	12	12	100%
190530	C.O.T.	72	84	85,71%
Totale CC.CC.		243	302	80,46%
Totale Complessivo		313	480	65,21%

Il valore si attesta all'interno del range di raggiungimento (60%-94,3%) come previsto dal sistema obiettivi.

OBIETTIVO		VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Sub obiettivo 2.2	Riduzione incidenza parti cesarei	≤15%	Parti cesarei di donne non precesarizzate - cesarei primari / totale parti di donne (con nessun pregresso cesareo) = 27,74%

		Anno 2021		
		Provincia di Messina		
		N° parti cesarei primari	N° parti con nessun pregresso cesareo	Valore rilevato
190324	PO Lipari	2	2	100%
190325	PO Milazzo	144	439	32,80%
190326	PO Taormina	87	359	24,23%
190328	PO Patti	213	807	26,39%
190329	PO S. Agata M.Ilo	0	1	0%
Totale PP.OO.		446	1.608	27,74%

I dati indicano una percentuale pari al 27,74 %. Si evidenzia che nel P.O. di Patti è presente l'UTIN pertanto la percentuale del 26,39% potrebbe essere condizionata dal numero di parti cesarei programmati nei casi a rischio.

Il valore non si attesta neanche all'interno del range di raggiungimento ($\leq 15\%-26\%$).

OBIETTIVO		VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Sub obiettivo 2.3	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A nei casi di I.M.A STEMI	91,8%	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI / numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati su pazienti residenti della Provincia = PP.OO. Aziendali 93,68%

		Anno 2021		
		Provincia di Messina		
		N° PTCA entro 48h	N° IMA Stemi	Valore rilevato
190324	PO Lipari	0	0	0,00%
190325	PO Milazzo	3	8	37,50%
190326	PO Taormina	64	67	95,52%
190328	PO Patti	111	111	100%
190327	PO Mistretta	0	4	0,00%
Totale PO		178	190	93,68%

Relativamente all'obiettivo di cui sopra si evidenzia che è pienamente raggiunto.

OBIETTIVO		VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Sub obiettivo 2.4	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 0-3 giorni (48h)	95,3%	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (48h) / numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica = PP.OO. Aziendali 72,55 % CC.CC 95,12 % Totale 91,72 %

		Anno 2021		
		N° Colecistectomie con degenza post-operatoria entro 3gg	N° Colecistectomie	Valore rilevato
190325	PO Milazzo	6	13	46,15%
190326	PO Taormina	25	18	89,29%
190328	PO Patti	6	10	60,00%
Totale PP.O.O		37	51	72,55%

524	I.O.M.I.	15	15	100%
525	S. Camillo	85	86	98,84%
527	Carmona	73	75	97,33%
528	Villa Salus	100	111	90,09%
Totale Case di Cura		273	287	95,12%

Totale Complessivo	310	338	91,72%
---------------------------	------------	------------	---------------

L'obiettivo risulta nel range di raggiungimento (70%-95,3%).

Obiettivo 3: Liste di Attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	VALORE RAGGIUNTO
Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)/totale prestazioni prenotate in classe B - D - U - P	$\geq 90\%$	Settimana indice gennaio: B=77% D=90% U=58% P=92% Settimana indice maggio: B=65% D=79% U=50% P=93% Settimana indice luglio: B=54% D=73% U=28% P=98% Settimana indice ottobre: B=58% D=80% U=48% P=96%
Monitoraggio ex post dei tempi	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B/ N. prenotazioni con classe di priorità B	$\geq 50\%$	Dato Aziendale Visite 52,29% Prestazioni Diagnostiche 61,27% Esami Specialistici 36,50% Il dato interaziendale è in fase di elaborazione

di attesa per le prestazioni ambulatoriali	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D/ N. prenotazioni con classe di priorità D	≥50%	Dato Aziendale Visite 58,89% Prestazioni Diagnostiche 52,05% Esami Specialistici 42,15% Il dato interaziendale è in fase di elaborazione
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità P/ N. prenotazioni con classe di priorità P	≥50%	Dato Aziendale Visite 91,47% Prestazioni Diagnostiche 60,29% Esami Specialistici 97,26% Il dato interaziendale è in fase di elaborazione
Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n. 135 e ss.mm.ii.	≥90%	Vedi tabella sotto - Descrizione Intervento- Priorità A
Piena attuazione degli interventi previsti nella Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021	N. interventi previsti nella Checklist garantiti/Totale interventi previsti nella Checklist	100%	95,6%

Descrizione Intervento - Priorità A Anno 2021	<i>Tot. Prestazioni Prenotate nei tempi massimi previsti</i>	<i>Prenotazioni richieste</i>	<i>% entro 30 giorni</i>
1 - Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	77	180	42,78%
2 - Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	3	7	42,86%
3 - Interventi chirurgici tumore maligno colon	60	62	96,77%
4 - Interventi chirurgici tumore maligno retto	6	14	42,86%
5 - Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	/	/	/
6 - Interventi chirurgici per melanoma	/	/	/
7 - Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	17	21	80,95%
8 - By pass artocoronarico	/	/	/
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	85	103	82,52%
10 - Endoarteriectomia carotidea	1	1	100%
11 - Intervento protesi d'anca	2	11	18,18%
12 - Interventi chirurgici tumore del Polmone	14	19	73,68%
13 - Colectomia laparoscopica	13	26	50,00%
14 - Coronarografia	133	158	84,18%

15 - Biopsia percutanea del fegato	9	10	90,00%
16 - Emorroidectomia	10	10	100,00%
17 - Riparazione ernia inguinale	23	29	79,31%

Obiettivo 4: Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita

1) Punti Nascita

OBIETTIVO	VALORE RAGGIUNTO
Rispetto degli standard e dei requisiti di sicurezza dei Punti Nascita(PN)	N. Requisiti garantiti/Totale requisiti previsti dalla Checklist (D.A. 2536/2011) = E' stata eseguita l'autovalutazione dei 4 PN ed i dati sono stati inseriti regolarmente nella piattaforma Qualitasiciliassr

Obiettivo 4: Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita

1) Punti Nascita

OBIETTIVO	VALORE RAGGIUNTO
Rispetto degli standard e dei requisiti di sicurezza dei Punti Nascita(PN)	N. Requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist (D.A. 2536/2011) = È stata eseguita l'autovalutazione dei 4 PN ed i dati sono stati inseriti regolarmente nella piattaforma Qualitasiciliassr

2) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure Neonatali

2.1 Nei PN (senza TIN):

OBIETTIVO	VALORE RAGGIUNTO
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure Neonatali	N. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) - Fonte SDO - CEDAP = 0 (Valore atteso: 0%)
	% di neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita - Fonte SDO = 1,67% (Valore atteso: <8%)

2.2 Nei PN (con TIN):

OBIETTIVO	VALORE RAGGIUNTO
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure Neonatali	Elaborazione di un report trimestrale di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio = SI

Percentuale di neonati dimessi direttamente da TIN / Totale neonati ricoverati nella TIN (al netto dei deceduti modalità di dimissione cod 1) = **0%** (Valore atteso: 0%)

Obiettivo 5: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento

Indicatore A	Valore Raggiunto
Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)	Lo stato di emergenza Covid 19, in applicazione della Circolare 23608 del 21 maggio 2020 che prevede la effettuazione dei tamponi a tutti i pazienti e la permanenza in area grigia degli stessi fino all'esito, ha determinato l'aumento dei tempi di permanenza nei Pronto Soccorso, così come già evidenziato nella relazione del 2020 (nota 17500/21 del 5/02/21). Tale modalità ha inficiato i coefficienti di calcolo sui tempi di permanenza nei PS, rendendo vani gli interventi correttivi. Dati nella tabella che segue

Pronto Soccorso	Efficienza Operativa anno 2020	Categoria 2020	Valore Atteso anno 2021	Efficienza Operativa anno 2021	Categoria	Valore Atteso anno 2022
Taormina	0,7590	1	Miglioramento del 70%	0,783	1	Miglioramento del 70%
Milazzo	0,016	3	Mantenimento	0,077	1	Miglioramento del 70%
Barcellona	0,06	3	Mantenimento	76,057	3	Miglioramento del 70%
Lipari	0,000	3	Mantenimento	0,012	3	Mantenimento
Patti	0,097	3	Mantenimento	0,019	3	Mantenimento
S. Agata	0,11	2	Miglioramento del 50%	0,164	1	Miglioramento del 70%
Mistretta	0,000	3	Mantenimento	0,000	3	Mantenimento

Indicatore B	Valore Raggiunto
Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo): <ul style="list-style-type: none"> Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018; Azione 2: attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: adozione del Piano Aziendale per la 	<p>Azione 1: SI</p> <p>Azione 2: SI</p>

Gestione del Sovraffollamento; • <i>Azione 4:</i> Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento dei lavori.	<i>Azione 3:</i> SI (Del. n. 1775/DG del 11.09.2019) <i>Azione 4:</i> SI
--	---

Obiettivo 6: Donazione Organi e Tessuti –

Indicatore 1	Valore Raggiunto
Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma Nazionale Donazioni 2018-2020)	SI (delibera 2120/DG del 15.09.2016)
Indicatore 2	Valore Raggiunto
Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2019 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2018	Non raggiunto poiché con l'attivazione della STROKE UNIT presso il Policlinico di Messina tutti i pazienti ischemici/emorragici vengono trasferiti dal 118 presso tale struttura.
Indicatore 3	Valore Raggiunto
Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	Non raggiunto poiché con l'attivazione della STROKE UNIT presso il Policlinico di Messina tutti i pazienti ischemici/emorragici vengono trasferiti dal 118 presso tale struttura.
Indicatore 4	Valore Raggiunto
Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuor fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%	Non raggiunto poiché con l'attivazione della STROKE UNIT presso il Policlinico di Messina tutti i pazienti ischemici/emorragici vengono trasferiti dal 118 presso tale struttura.
Indicatore 5	Valore Raggiunto
Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	Sono stati espletati 4 corsi: "La comunicazione in area intensiva" rif. ECM 400-7573, per operatori sanitari, in collaborazione con U.O. Formazione.

Obiettivo 7: Prescrizioni dematerializzate

OBIETTIVO		VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Sub obiettivo 7.1	Aumento numero medici dipendenti abilitati	>35%	% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) più SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed inviati (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione) = 46,30%
Sub obiettivo 7.2	Aumento numero prescrizioni	>120	Numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte/medici abilitati) = 182

In riferimento all'obiettivo occorre precisare che i dati relativi al n. dei medici censiti estrapolati dal portale TS risulta di gran lunga superiore al n. dei Medici Dipendenti pari a 939 (ospedalieri e territoriali) dei quali comunque non tutti hanno l'obbligo della prescrizione e dei SUMAISTI pari a 115 nel 2021. Premesso ciò l'obiettivo risulta raggiunto se il calcolo viene effettuato sul totale dei medici di cui sopra.

Obiettivo 8: Fascicolo Sanitario Elettronico

OBIETTIVO	VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
<p>1. Percentuale dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati nel 2020</p> <p>2. Percentuale delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7</p> <p>3. Percentuale delle strutture di pronto soccorso dove è possibile consultare in modo celere il FSE del paziente ed in particolare il profilo sanitario sintetico (PSS)</p> <p>4. Avvio del conferimento al FSE-INI di verbali di PS, lettere di dimissione ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf.</p>	<p>1) >5%</p> <p>2) ≥90%</p> <p>3) 50% dei PS</p> <p>4) 50%</p>	<p>1. >5% (5658 consensi raccolti)</p> <p>2. 100%</p> <p>3. Dal momento dell'assegnazione dell'obiettivo l'Azienda ha provveduto ad implementare il software in uso al PS per l'interfacciamento con il portale SOGEI.</p> <p>4. In corso</p>

Obiettivo 9: Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)

OBIETTIVO	VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
<p>Implementazione, Funzionalità e Affidabilità delle azioni PAC</p>	<p>1) Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio.</p> <p>2) Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"</p>	<p>1) Sono state effettuate le attività di Audit</p> <p>2) La griglia di verifica della valutazione del rischio, inoltrata all'Assessorato della Salute è pubblicata sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"</p>

	Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	Prorogato con DA 1211/2021 al 31/12/2022
--	---	--

Il conseguimento dell'obiettivo "Certificazione dei bilanci aziendali con le modalità e nei tempi previsti dalla normativa di riferimento" ha risentito degli effetti della pandemia COVID, che ha imposto nuove modalità di attuazione delle verifiche di Internal Audit, mediante verifiche prevalentemente documentali, stante la difficoltà di recarsi nelle strutture aziendali.

Tale circostanza, è ovviamente stata presa in considerazione dal competente Assessorato regionale della Salute, che, con nota prot.20021 del 28/04/2020, ha disposto che il riscontro alle richieste di monitoraggio dell'attuazione dei PAC e la rendicontazione delle verifiche di audit potessero essere effettuati a seguito di verifiche documentali. Degli esiti di tale attività è stato fornito riscontro alla Regione con nota prot n 1913 del 5/01/2022 unitamente alla griglia di sintesi.

Inoltre con nota prot. 55252 del 17/12/2021 l'Assessorato regionale della Salute ha comunicato che con D.A. n. 1211 del 22/11/2021 è stato rinviato al 31/12/2022 il termine per la definizione dell'avviato percorso di consolidamento del P.A.C., pertanto l'obiettivo fissato di Certificazione dei bilanci deve intendersi prorogato.

Obiettivo 10: Piani di efficientamento e riqualificazione (P.E.R.)

L'obiettivo non è di pertinenza delle ASP.

Obiettivo 11: Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.)

OBIETTIVO	VALORE RAGGIUNTO
Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal PAA	Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale (Valore atteso: 100%)

In applicazione dell'art. 5 della L.R. n. 5 del 14.04.2009 questa Azienda ha proseguito le azioni previste nel **Piano Attuativo Aziendale (PAA) 2019/2020**, assegnato dall'Assessorato Regionale alla Sanità con Deliberazione n. 96 del 13.03.2019 nel Sistema *Obiettivi Contrattuali* e gli *Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi 2019-2020* anche per il 2021.

Di seguito si riportano le aree di intervento:

1. Sanità Pubblica e Prevenzione (Sanità Veterinaria; Sicurezza Alimentare; Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive, Tutela ambientale e Prevenzione Luoghi di lavoro)
2. Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti (Sicurezza dei pazienti; Personalizzazione ed Umanizzazione dell'assistenza e Coinvolgimento dei

- cittadini/pazienti, Appropriatelyzza; Outcome, Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati)
3. Assistenza territoriale e Integrazione Socio-Sanitaria e Privacy (Cronicità; Fragilità, Disabilità e non autosufficienza e Privacy.

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi Programmazione anno 2022

Al momento della redazione del presente Piano la Regione Siciliana non ha ancora individuato gli obiettivi per l'anno 2022 pertanto lo stesso sarà integrato non appena interverrà la negoziazione con la Regione. Si ritiene tuttavia opportuno, in attesa dell'assegnazione, proseguire l'attività in conformità a quanto assegnato dall'Assessorato Regionale alla Sanità con Deliberazione n. 96 del 13.03.2019 contenente gli *Obiettivi Contrattuali* e gli *Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi 2019-2020* come di seguito riportati:

Obiettivi Contrattuali Generali

- Equilibrio economico di bilancio.
- Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa
- Rete Integrata dei Servizi per l'Autismo
- Contenimento della spesa riferita al personale
- Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato
- Acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente
- Area di emergenza e urgenza e per il Pronto Soccorso
- Assistenza farmaceutica territoriale/ospedaliera
- Rispetto della direttiva "Flussi Informativi" di cui al decreto interdipartimentale n° 1174/08 del 30 maggio 2008
- Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione
- Osservanza delle disposizioni impartite dalla Regione in merito alla Libera Professione Intramuraria, ai sensi della L. 120 del 3 agosto 2007

Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi

Gli obiettivi, oggetto del sistema di incentivazione, definiti per il periodo 2019-2020 si suddividono nei seguenti macro-obiettivi, che saranno revisionati o integrati successivamente all'assegnazione da parte dell'Assessorato della Salute.

- 1) Screening
- 2) Esiti
- 3) Liste di Attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita
- 4) Pronto Soccorso – gestione del sovraffollamento
- 5) Donazione Organi
- 6) Prescrizione Dematerializzata
- 7) Fascicolo Sanitario Elettronico
- 8) Sviluppo Percorso Attuativi di Certificabilità (PAC)
- 9) Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.)

Obiettivo 1: Screening

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore atteso	Contributor
Promozione Screening: Cervico-Carcinoma	1) N° test eseguiti/popolazione target annuale (donne residenti 25-64 anni /3 anni) dati ISTAT- Indicatore LEA 2) Presenza PDTA Screening cervico carcinoma 3) Utilizzo HPV-DNA come test primario	1) 50% 2) SI 3) SI	Centro Gestionale Screening
Promozione Screening: Mammografico	1) N° test eseguiti/popolazione target annuale (donne residenti 50-69 anni /2 anni) dati ISTAT - Indicatore LEA 2) Presenza PDTA Screening Mammografico	1) 60% 2) SI	Centro Gestionale Screening
Promozione Screening: Colon Retto	1) N° test eseguiti/popolazione target annuale (residenti 50-69 anni /2 anni) dati ISTAT - Indicatore LEA 2) Presenza PDTA Screening Colon retto	1) 50% 2) SI	Centro Gestionale Screening
Coinvolgimento e collaborazione MMG	N. MMG con pulizia liste/ N.MMG totali	100% MMG con pulizia liste	Centro Gestionale Screening
Aggiornamento banca dati anagrafici	Aggiornamento banca dati anagrafici	SI	Centro Gestionale Screening

2) Obiettivo 2: Esiti Appropriatelyzza e tempestività degli interventi con riferimento all'intervento chirurgico in seguito a frattura del collo del femore per pazienti over 65, di Colectomia laparoscopica, all'incidenza dei parti cesarei e alla PTCA, ove necessaria in caso di infarto miocardico acuto

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor	
Sub Obiettivo 2.1	Tempestività interventi a seguito di frattura femore	Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero/numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65	94,3%	UU.OO.CC. Ortopedia e Traumatologia PP.OO. Milazzo, Taormina, S.AgataM.Ilo e CC.CC.

Sub obiettivo 2.2	Riduzione incidenza parti cesarei primari	Parti cesarei di donne non precesarizzate (cesarei primari)/totale parti di donne (con nessun pregresso cesareo)	≤15%	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia PP.OO. Milazzo, Patti, Taormina
Sub obiettivo 2.3	Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A nei casi di I.M.A. STEMI	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI/numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati su pazienti residenti della provincia.	91,8%	UU.OO.CC. Cardiologia PP.OO. Patti, Taormina
Sub obiettivo 2.4	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 0-3 giorni (48h)	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (48 h)/numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	95,3%	UU.OO.CC. Chirurgia PP.OO. Barcellona Lipari, Milazzo, Patti, Taormina, S.AgataM.Ilo, e CC.CC.

Obiettivo 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 2019-2021 e al PRGLA

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Monitoraggio ex ante dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)/totale prestazioni prenotate in classe B	≥90%	U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica e Referente aziendale liste di Attesa
	Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)/ totale prestazioni prenotate in classe D	≥90%	
	Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)/ totale prestazioni prenotate in classe U	≥90%	
	Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)/ totale prestazioni prenotate in classe P	≥90%	
Monitoraggio ex post dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità B/ N. prenotazioni con classe di priorità B	≥50%	
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D/ N. prenotazioni con classe di priorità D	≥50%	
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità P/ N. prenotazioni con classe di priorità P	≥50%	

Monitoraggio dei tempi di attesa per i ricoveri programmati	Proporzione di prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per la classe di priorità A ex DM 8/7/2010 n. 135 e ss.mm.ii.	≥90%	
Piena attuazione degli interventi previsti nella Checklist per la verifica delle linee in intervento del PRGLA 2019-2021	N. interventi previsti nella Checklist garantiti/Totale interventi previsti nella Checklist	100%	

Obiettivo 4: Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita

2) Punti Nascita

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Rispetto degli standard e dei requisiti di sicurezza dei Punti Nascita(PN)	N° Requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist (D.A. 2536/2011)	100%	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia PP.OO. Milazzo, Patti, Taormina

3) Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali 2.1 Nei PN (senza UTIN):

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	N° nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24 ore (1 giorno) - Fonte SDO - CEDAP	0	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia PP.OO. Milazzo
	% di neonati pretermine trasferiti entro le prime 72 ore di vita - Fonte SDO	<8%	

2.2 Nei PN (con UTIN):

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore atteso	Contributor
Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri e la sicurezza delle cure neonatali	Elaborazione di un Report trimestrale di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	SI	UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia PP.OO. Patti, Taormina
	Percentuale di neonati dimessi direttamente da TIN/ totale pazienti ricoverati nella TIN.	0%	

Obiettivo 5: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Pronto Soccorso - Gestione del sovraffollamento	Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)	≤0,05	PP.SS. Aziendali
	<p>Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo):</p> <ul style="list-style-type: none"> Azione 1: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018; Azione 2: attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; Azione 3: adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; Azione 4: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento dei lavori. 	<p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p> <p>SI</p>	PP.SS. Aziendali e Responsabile Aziendale del Piano per la Gestione del Sovraffollamento del Pronto Soccorso

Obiettivo 6: Donazione Organi

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Donazione Organi	Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma Nazionale Donazioni 2018-2020)	SI	UU.OO.CC. Anestesia e Rianimazione dei PP.OO. Milazzo, Patti e Taormina e Referente Aziendale Donazione Organi
	Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2022 non inferiore del 20% rispetto all'anno precedente	≥20%	
	Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	<38%	
	Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuor fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%	≥30%	
	Organizzazione in ambito aziendale di almeno due corsi di formazione e/o sensibilizzazione	SI	

Obiettivo 7: Prescrizioni Dematerializzate

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Aumento numero medici dipendenti abilitati	% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) più SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)	>35%	Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri
Aumento numero prescrizioni	Numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte/medici abilitati)	>120	Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri

Obiettivo 8: Fascicolo Sanitario Elettronico

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Fascicolo Sanitario Elettronico	1. Percentuale dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati nel 2020 2. Percentuale delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 3. Percentuale delle strutture di pronto soccorso dove è possibile consultare in modo celere il FSE del paziente ed in particolare il profilo sanitario sintetico (PSS) 4. Avvio del conferimento al FSE-INI di verbali di PS, lettere di dimissione ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf.	1) >5% 2) \geq 90% 3) 50% dei PS 4) 50%	Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri

Obiettivo 9: Sviluppo Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.)

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Implementazione, Funzionalità e Affidabilità delle azioni PAC	1)Svolgimento delle attività di audit previste nel piano annuale e presentazione della correlata relazione di valutazione del livello di rischio. 2)Attuazione con esito positivo delle misure correttive indicate in sede di audit al fine di superare le criticità emerse, secondo le risultanze dei rapporti ispettivi realizzati dagli I.A. e pubblicati sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"	SI SI	1) Internal Audit e Referente PAC 2) UU.OO. che devono attuare le misure correttive indicate in sede di audit
	Conseguimento della Certificazione dei Bilanci Aziendali con modalità e nei termini previsti dalla normativa di riferimento	SI	U.O.C. Economico Finanziario

Obiettivo 10: Piani di efficientamento e riqualificazione (P.E.R.)

L'obiettivo non è di pertinenza delle ASP.

Obiettivo 11: Piano Attuativo Aziendale (P.A.A.)

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale	Implementazione e completa realizzazione di tutte le attività previste dal Piano Attuativo Aziendale	100%	Dip. Prevenzione Veterinaria, Dip. Prevenzione Medica, Dip. Attività Socio Sanitarie, UOS Qualità e Rischio Clinico, U.O.S. Comunicazione, U.O.C. Ospedalità Privata, PP.OO., Distretti Sanitari, SS.II.MM.TT. Aziendali.

di seguito si riportano le aree di intervento e UU.OO.:

- ✓ Sanità Pubblica e Prevenzione (Sanità Veterinaria; Sicurezza Alimentare; Coperture Vaccinali e Sorveglianza Malattie Infettive, Tutela ambientale e Prevenzione Luoghi di lavoro);
- ✓ Qualità, Governo Clinico e Sicurezza dei pazienti (Sicurezza dei pazienti; Personalizzazione ed Umanizzazione dell'assistenza e Coinvolgimento dei

- cittadini/pazienti, Appropriatelyzza; Outcome, Consolidamento della raccolta delle emazie concentrate e del plasma da destinare alla produzione di medicinali plasmaderivati);
- ✓ Assistenza territoriale e Integrazione Socio-Sanitaria e Privacy (Cronicità; Fragilità, Disabilità e non autosufficienza e Privacy.

Obiettivi operativi

Gli obiettivi operativi saranno declinati in conformità a quanto assegnato dall'Assessorato Regionale alla Sanità con Deliberazione n. 96 del 13.03.2019 e successivamente aggiornati e/o integrati con quelli che verranno assegnati dall'Assessorato della Salute e dagli obiettivi strategici, per cui sarà compito di questa amministrazione provvedere all'assegnazione dei singoli obiettivi operativi per l'anno 2022, secondo il vigente regolamento aziendale, con le procedure sopra descritte in coerenza con il "Regolamento per la misurazione e valutazione della performance".

In particolare, attraverso la contrattazione di budget verranno declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e mediante lo sviluppo di un'apposita reportistica, verrà monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di valutare eventuali criticità e scostamenti dai programmi e dagli obiettivi prefissati al fine di attuare gli specifici correttivi.

L'assegnazione degli obiettivi e l'individuazione degli indicatori correlati presuppongono l'individuazione di precisi criteri e scale di valutazione.

I criteri di valutazione per l'anno 2022 sono di seguito riportati:

- Al di sotto della soglia del 60% della scheda budget il risultato non sarà raggiunto;
- Quanto al grado di conseguimento dei singoli obiettivi, l'attribuzione della Performance non avverrà secondo un criterio on/off, ma essi verranno riconosciuti nella medesima percentuale di raggiungimento che dovrà comunque essere superiore al 60%;
- Per quanto gli Obiettivi Generali e di Salute e Funzionamento dei Servizi si applicheranno le specifiche indicazioni dell'AGENAS;
- Se il raggiungimento degli obiettivi è impedito da cause non imputabili alla responsabilità del Dirigente della Struttura, gli stessi saranno da considerarsi non valutabili.

Obiettivi assegnati al personale dirigenziale

L'attività di indirizzo, programmazione e controllo è attività peculiare della Direzione Strategica mentre l'attività gestionale viene esercitata attraverso lo strumento di attribuzione di incarichi di struttura e di responsabilità assegnati al personale dirigenziale.

La Direzione Strategica ha adottato una politica di decentramento e di partecipazione alla gestione del sistema azienda.

L'assegnazione degli obiettivi, dei compiti, delle responsabilità e dei poteri decisionali permette un riconoscimento della responsabilità individuale e garantisce una valutazione meritocratica del personale dirigenziale.

Tale sistema è espresso nell'evoluzione normativa che caratterizza la Pubblica Amministrazione (D. Lgs. n. 150/09 c.d. Decreto Brunetta) e nelle disposizioni del contratto individuale di lavoro, che lega tutti i Dirigenti alla strategia ed agli obiettivi aziendali mediante un'obbligazione di risultato.

Con delibere 2679 del 22.11.2016 e 476/C del 15.02.2018 l'Azienda ha modificato il "Regolamento per la misurazione e valutazione della Performance dei Dirigenti e del Personale

del Comparto-Sistema Premiante”, adottato con delibera n° 3613/DG del 22/12/2014 ,in conformità con le disposizioni di cui ai vigenti CC.CC.NN.LL., del D.Lgs n° 150/09 ed in applicazione del D.A. 01821 del 26/09/2011 “ Linee di indirizzo regionali in materia di verifica e valutazione del personale dipendente del S.S.R.” previa consultazione delle OO.SS. per le aree del Comparto, Dirigenza SPTA e Dirigenza Medica. Il suddetto regolamento, così come calendarizzato per il 2021, è in corso di aggiornamento.

Il sistema di valutazione rappresenta lo strumento permanente teso all’adeguamento del contesto organizzativo ed al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Esso si fonda su due aspetti: la performance organizzativa definita dal sistema degli obiettivi aziendali e la performance individuale con funzione di premialità. La valutazione dei dipendenti, pertanto, si svolge su due elementi strettamente collegati: il raggiungimento degli obiettivi e le competenze dimostrate.

Attraverso apposite schede, ad ogni dirigente verranno assegnati uno o più obiettivi, a cui saranno attribuiti i relativi pesi, misurati da specifici indicatori.

La misurazione della performance organizzativa viene, pertanto, effettuata in relazione alla sommatoria dei pesi misurati secondo criteri di valutazione di ciascun obiettivo.

Il processo di valutazione della performance individuale è lo stesso per tutti i dipendenti, cambiano invece gli aspetti valutati, i soggetti che intervengono e gli strumenti.

Tale processo si svolge in tre fasi:

FASE 1 - Comunicazione degli obiettivi;

FASE 2 - Monitoraggio;

FASE 3 - Colloquio di valutazione.

La valutazione della performance individuale annuale avviene mediante la compilazione della scheda di valutazione della dirigenza e del comparto che prevede l’individuazione di un certo numero di aree di esame. La valutazione riguarda le attività professionali, le prestazioni svolte, le competenze organizzative e i risultati di gestione ed è finalizzata a verificare l’apporto al raggiungimento degli obiettivi e la professionalità espressa.

Innumerevoli sono state le azioni compiute dalla costituzione dell’Azienda ad oggi, rivolte sia ai singoli professionisti ed alla loro valorizzazione sia al contesto organizzativo, che hanno già creato le condizioni per offrire un servizio di qualità alla popolazione del territorio di competenza.

La valutazione della performance individuale e di equipe diventa così una leva che l’Azienda ha per la migliore realizzazione della descritta innovazione organizzativa e per il miglioramento delle capacità, competenze e professionalità delle persone.

La formalizzazione del sistema di individuazione e valutazione per l’Azienda assolve ad una pluralità di scopi:

5 Migliorare l’efficienza del sistema di programmazione ed attuazione degli obiettivi;

6 Introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;

7 Misurare e rendere pubblica e trasparente l’efficacia organizzativa rispetto agli obiettivi istituzionali.

Sottosezione di programmazione - Rischi corruttivi e trasparenza

Questa terza sottosezione del P.I.A.O. ricomprende le azioni previste nel P.T.P.C.T. 2022-2024, adottato da questa A.S.P. di Messina con deliberazione n.1804/CS del 22/04/2022, cui si rinvia per gli specifici contenuti (link : <https://www.asp.messina.it/?cat=508>), con particolare attenzione alle valutazioni di impatto esterno ed interno, alla mappatura dei processi, alla individuazione dei rischi, alla progettazione delle iniziative di contrasto, al monitoraggio dei risultati ed alla attuazione delle norme sulla trasparenza.

Come è noto il core di ogni Piano di prevenzione è il processo di gestione del rischio corruttivo. La norma rileva che un'efficace gestione del rischio di corruzione non si perfeziona con la mera applicazione di misure, ma si fonda su un metodo "di scoperta" capace di coinvolgere strati sempre più ampi dell'amministrazione nella lettura dei propri processi e nel controllo degli stessi, sviluppando quel senso identitario che è base di ogni vera responsabilità, e sostenendo il cambiamento culturale connesso alla normativa anticorruzione con la stabilità e la continuità delle scelte di fondo.

Il principio di integrazione è più volte richiamato dalla Determinazione n.12/2015, che ne fa uno dei punti cardine per garantire la sostenibilità delle misure del Piano e per perseguirne l'efficacia, indicando strategicamente il collegamento delle misure di prevenzione agli obiettivi previsti per gli stessi soggetti nel Piano delle performance.

Tale processo di integrazione e coordinamento tra il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione anni 2021/2023, con particolare sezione dedicata alla Trasparenza, ed il Piano della Performance, ha consentito, nel 2021, l'individuazione dei seguenti obiettivi di prevenzione negoziati ed integrati nelle schede di budget 2021 delle UU.OO. Aziendali. Analoga integrazione e coordinamento viene previsto per l'anno 2022.

Pertanto, gli obiettivi strategici individuati in materia di anticorruzione e trasparenza sono stati declinati in obiettivi operativi declinati in obiettivi di performance organizzativa e individuale e correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva, mediante la loro condivisione con le unità operative interessate alle relative misure e la comune responsabilità nel loro raggiungimento, di cui viene data piena evidenza nelle schede di budget a partire dall'anno 2016.

Il processo di gestione del rischio è stato quindi impostato a partire da una metodologia, ma anche da alcuni principi da rispettare e valorizzare, al fine di rendere la gestione del rischio un processo di miglioramento dell'organizzazione nel suo complesso e, come ogni processo di miglioramento, condiviso e costantemente presidiato.

Obiettivi Anticorruzione - anno 2021			
Obiettivo	Indicatori	Target	Risultato
Attivare processi formativi sui temi dell'anticorruzione per accrescere le competenze e rinforzare il senso etico e sui contenuti del Codice di Comportamento in funzione preventiva del rischio corruttivo	Prosecuzione della formazione generale sui temi dell'etica, della legalità e della prevenzione del rischio corruttivo	n° partecipanti/n° dipendenti ≥ 30%	Progetto Formativo Aziendale "Trasparenza, Anticorruzione e Codice di Comportamento nelle Aziende Sanitarie. Adempimenti e Responsabilità" – ASP MESSINA, destinato a tutte le professioni: Rif. Prov. ECM n.400-7208 tenutosi in modalità videoconferenza ai dipendenti dell'ASP di Messina. Docenti RPCT e Collaboratore del RPCT, svolto nelle seguenti giornate, per un totale di 81 partecipanti, di cui 63 con ECM. L'obiettivo prefissato era il raggiungimento della copertura del

			30% del personale di tutta l'ASP. Tale formazione è stata interrotta per cause non dipendenti dal RPCT.
	Numero corsi di formazione specifica per le aree a più elevato rischio di corruzione realizzati/Numero di corsi programmati	100%	100% Il dato è riferito alle edizioni programmate e realizzate (4/4). Come specificato nel riquadro soprastante la formazione è stata interrotta per problematiche organizzative non dipendenti dal RPCT.
Valutazione del rischio per tutte le UU.OO. individuate nel PTPCT	Monitoraggio delle misure individuate e implementate	Monitoraggio semestrale e/o secondo indicazione del RPCT	Effettuati monitoraggi del 1° e 2° semestre 2021.
Rotazione incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione	Numero rotazione di figure responsabili di procedimenti (dirigenti e comparto) negli uffici a più elevato rischio di corruzione / Numero totale di figure responsabili di procedimenti (dirigenti e comparto) (ad esclusione di quelli con competenze uniche in azienda) negli uffici a più elevato rischio di corruzione In ogni caso la mancata rotazione deve essere motivata dal Responsabile UOC Competente	Secondo indicazione del PTPCT	Rotazione (funzionale e territoriale) effettuata in tutte le UU.OO. ad elevato rischio di corruzione. In alternativa, laddove non è stato possibile applicare tale misura, per carenza di personale, perché già attuata di recente o per infungibilità, sono stati attuati affiancamenti e segregazioni di funzioni.
Iniziative d'integrità	Redazione della relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività	Evidenza della redazione entro i termini previsti dall'A.N.AC.	Relazione del RPCT pubblicata nell'apposita sottosezione della Sezione "Amministrazione trasparente", così come disposto da ANAC, entro il termine (differito) del 31/01/2022.
Monitoraggio rispetto dei tempi procedurali	Monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	SI/NO	SI
Rotazione del personale	Predisposizione regolamento rotazione ordinaria e straordinaria	SI/NO	Predisposte bozze dei relativi regolamenti. La Direzione Aziendale ha ritenuto che la competenza è della UOC Gestione Personale Dipendente, che ancora non vi ha provveduto.

Obiettivi Trasparenza – anno 2021			
Obiettivo	Indicatori	Target	Risultato
Diffusione trasparenza	Integrazione e coordinamento della sezione "Amministrazione Trasparente" con la U.O.S. Comunicazione	SI/NO	SI
Adempimenti obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente"	Aggiornamento adempimenti obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" in ottemperanza alle disposizioni di cui al d.lgs. n.33/2013, così come modificato d.lgs. n.97/2016 e allegato 2 PTPCT	SI/NO	SI

Tale strategia, che caratterizzava già i collegamenti col Piano della Performance nel PTPC 2015-2017, ha permesso di sviluppare due ulteriori livelli di integrazione: il primo finalizzato a individuare in modo sinergico, con il coinvolgimento del RPCT e del suo team, del Controllo di Gestione, dei Dirigenti delle strutture e della Direzione Strategica, le misure di controllo del rischio corruttivo quali obiettivi organizzativi del ciclo della performance; il secondo livello ha istituito, con una sperimentazione organizzativa consolidata nel tempo, una specifica sezione dell'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione con compiti di monitoraggio e vigilanza sull'applicazione del piano e delle misure preventive attraverso la predisposizione di un adeguato sistema di reportistica atto a garantire la regolarità di flussi informativi e la messa a punto di interventi correttivi direttamente collegato al RPCT (delibera n.143/DG del 21/01/2016).

Come già precisato nel P.T.P.C.T 2022-2024, tale strategia verrà sostenuta anche per il 2022, mediante il rafforzamento delle misure già in atto ed introducendo le misure in grado di integrare gli obiettivi strategici in materia di trasparenza con gli obiettivi strategico-gestionali e programmatici dell'Azienda.

Da sottolineare l'inserimento della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione all'interno dell'Atto Aziendale, quale parte dell'assetto istituzionale dell'Ente, funzionalmente collegata alla strategia organizzativa e gestionale dell'Azienda. Infatti, coerentemente con la pregressa normativa - quale il D.Lgs. n.150/2009, la legge n.190/2012 e, in particolare, la delibera CIVIT n.6/2013, che individua nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità uno dei quattro strumenti per attuare il ciclo di gestione della performance, insieme con il Piano e la Relazione sulla Performance, il Sistema di misurazione e valutazione della performance e gli standard di qualità dei servizi - la connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza trova conferma anche nel D.Lgs. n.33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, dove all'art.10 si afferma che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione.

Il richiamato D.Lgs. n.33/2013 promuove la creazione di una maggiore comunicazione tra le attività del RPCT e, in particolare, quelle dell'O.I.V. al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione.

Tali principi sono stati ripresi nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (delibera A.N.AC. n.831/2016), nel quale viene ribadita la previsione di un maggiore coinvolgimento degli organi di indirizzo nella formazione e attuazione dei Piani, i quali, in particolare sono chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.

Anche il P.T.P.C. 2022-2024 individua gli obiettivi operativi generali e specifici da collegare al Piano della Performance, adottato con deliberazione n.345/CS del 26/01/2022, mediante la loro condivisione con le unità operative interessate alle relative misure e la comune responsabilità nel loro raggiungimento.

Pertanto, obiettivi analoghi a quelli riportati nel prospetto di cui sopra sono previsti per il 2022, in stretto coordinamento ed integrazione tra il PTPCT e il Piano della Performance del triennio 2022-2024.

Attenzione è stata rivolta al PNNR e alle refluenze nell'ambito dell'A.S.P. di Messina, riguardo alle aree di rischio interessate dai processi/procedimenti connessi alla realizzazione degli obiettivi insiti nelle Componenti dello stesso PNNR, cui si rinvia nell'apposita sezione integrata nel PTPCT 2022-2024.

Valutazioni di impatto del contesto esterno

L'analisi del contesto esterno risulta determinante per rilevare se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente, culturale, sociale ed economico nel quale l'A.S.P. di Messina si trova ad operare possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Su tale argomento è stato ampiamente trattato nel P.T.P.C. 2022-2024, cui si rimanda per i necessari approfondimenti (deliberazione n.1804/CS del 22/04/2022), attesa la mission di questa Azienda, la numerosità e peculiarità degli attori coinvolti nei processi/procedimenti che soggiacciono a tutte le attività prodotte, siano esse sanitarie, che amministrative, e di tutti gli stakeholder. La tipicità del contesto è stata anche oggetto di specifica trattazione nella Determinazione n.12 del 28/10/2015, recante "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione", dove è stata dedicata un'apposita sezione relativa alla Sanità e ai processi meritevoli di particolare attenzione dal punto di vista dell'anticorruzione e della trasparenza.

Da qui la necessità di uno specifico approfondimento che consenta adeguati strumenti di lettura della complessità del sistema sanitario, al fine di individuare le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione e le relative misure preventive da attuare. Scopo precipuo è, pertanto, quello di preservare il rilevante patrimonio di competenze e di capacità professionali, per contrastare più efficacemente i comportamenti corruttivi.

In tale contesto viene ribadita la "specificità del settore sanitario" rispetto agli altri settori della pubblica amministrazione, per la specificità di fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, attesa la peculiarità del "bene salute" da tutelare.

Alcuni di questi fattori, a causa dei divergenti interessi in gioco, possono interferire nel rapporto tra la domanda e l'offerta sanitaria, anche per l'intervento di fornitori privati, tenuto conto della complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti, costituendo potenziali elementi di condizionamento nelle scelte discrezionali.

Necessario è il raccordo tra l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel P.T.P.C.T. con gli altri strumenti di programmazione, strettamente connessi ad un'adeguata programmazione e alla valutazione delle performance individuali e dell'organizzazione.

Le misure che si intendono attuare negli anni incidono sia sull'efficienza dell'organizzazione, sull'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche, che sulla trasparenza dei comportamenti tendenti a scoraggiare il verificarsi di fenomeni corruttivi e le situazioni di conflitto di interessi (potenziale e attuale).

Data la peculiarità del territorio di competenza dell'A.S.P. di Messina, comune a tutti i territori della Regione Sicilia e del sud Italia, per fenomeni di criminalità organizzata e di mafia, è fondamentale supportare l'attuazione del P.T.P.C.T. con adeguati strumenti, anche formativi, atti ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori al processo di miglioramento del sistema, anche mediante una concreta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all'interno dell'organizzazione di questa A.S.P..

Tali concetti si traducono in concrete misure di prevenzione generali, trasversali e specifiche, per alcune aree di rischio sia "generali", che "specifiche", individuate sulla base di un'attenta analisi degli eventi rischiosi.

Valutazioni di impatto del contesto interno

Analoga importanza riveste l'analisi del contesto interno, al fine evidenziare se la mission dell'ente e/o la sua struttura organizzativa possono influenzare l'esposizione al rischio corruttivo "inerente".

Come riportato nell'apposita sezione del P.T.P.C.T. 2022-2024, cap.6.2.2., di cui alla deliberazione n.1804/CS del 22/04/2022, cui si rinvia per i contenuti di dettaglio, l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP) di Messina, in attuazione dell'art.8 della legge regionale n.5 del 14 aprile 2009, nasce dalla trasformazione della preesistente Azienda Sanitaria Locale n.5. È un Ente con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Essa svolge le funzioni legislativamente assegnate di tutela e promozione della salute degli individui e della collettività.

L'A.S.P. ha sede legale in Messina, Via La Farina n. 263, Codice fiscale e Partita IVA n°03051870834.

Il legale rappresentante dell'A.S.P. è il Direttore Generale, che nomina il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

Il sito web dell'A.S.P. è www.asp.messina.it.

Così come riportato nell'Atto Aziendale, nell'ambito della propria autonomia e in funzione della propria mission istituzionale l'A.S.P. di Messina definisce gli assetti organizzativi, le caratteristiche e le funzioni delle singole articolazioni organizzative, l'attribuzione delle responsabilità di direzione e gestionali, nonché le modalità di interazione tra i vari soggetti aziendali: dipartimenti, distretti, unità operative, unità organizzative. I rapporti gerarchici sono espressi nell'organigramma, direttamente correlato all'Atto aziendale, che rappresenta l'organizzazione aziendale ed i più rilevanti livelli organizzativi e di responsabilità.

L'Atto Aziendale, a cui si rimanda, rappresenta pertanto lo strumento fondamentale per definire, nel suo impianto generale, l'assetto dell'A.S.P. di Messina ed il ruolo dei centri organizzativi aziendali: nel periodo di adozione del Piano, l'Azienda è impegnata a dare attuazione all'assetto organizzativo, descritto nel diagramma sotto riportato, derivante dal nuovo Atto Aziendale (deliberazione n.1953/DG del 01.06.2021), predisposto in ottemperanza al DA n°1675 del 31.07.2019 "Linee guida per l'adeguamento degli Atti Aziendali al documento di riordino della rete ospedaliera approvato con DA n°22 dell'11.1.2019. Indirizzi operativi", ancora in attesa di verifica di conformità da parte del competente Assessorato della Salute.

Nell'ambito della propria autonomia l'Azienda definisce gli assetti organizzativi, le caratteristiche e le funzioni delle singole articolazioni organizzative, l'attribuzione delle responsabilità di direzione e gestionali, nonché le modalità di interazione tra i vari soggetti aziendali: dipartimenti, distretti, strutture complesse, semplici e incarichi professionali.

Mappatura dei processi

Il riferimento, come scandito nelle richiamate linee guida sul PIAO, è a quei processi sensibili, il cui fine è quello di identificare quelle determinate criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, espongono l'amministrazione ai rischi corruttivi meglio specificati nei vari PNA, da ultimo il PNA 2019, con particolare riguardo a quei processi strettamente connessi al raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

Tale ambito di interesse, che ha interessato la fase di predisposizione del PTPCT 2022-2024, è risultante dell'attività di monitoraggio delle schede delle misure di prevenzione della corruzione

e trasparenza del precedente PTPCT, stante la necessità di dover procedere alla revisione e/o aggiornamento della mappatura dei processi a rischio di corruzione contenuti nelle schede di ciascuna delle strutture aziendali interessate, secondo le indicazioni dell'Allegato 1 al PNA 2019.

Il processo di gestione del rischio di corruzione è stato effettuato secondo le nuove modalità previste nel PNA 2019 secondo l'articolazione nelle fasi della nuova mappatura (Identificazione, Descrizione, Rappresentazione).

Nel P.T.P.C.T. 2020-2022 è stata programmata la revisione della mappatura in tutte le aree di attività già mappate negli anni precedenti, implementando la nuove indicazioni metodologiche del PNA 2019, integrate con altra metodologia di ponderazione del rischio con parametri qualitativi (Rischio= matrice Probabilità / Impatto), mutuata dalle metodologie ANCI.

Nel corso del 2020 e in parte anche nel 2021, continuando il lavoro di revisione del sistema generale di mappatura avviato nel 2019, quest'ultima fase, fondamentale per la definizione delle priorità di trattamento riguardo ai rischi rilevati, è stata condotta sulla scorta delle indicazioni metodologiche riportate nell'allegato 1 del PNA 2019 in termini di approccio qualitativo, già avviato per il PTPCT 2020-2022, ispirandosi alla norma ISO 31000, individuando i due indicatori inerenti in rischio di corruzione, già utilizzati negli anni pregressi, **PROBABILITA'** e **IMPATTO**, ma implementando questa volta i 6 parametri di stima del rischio per la ponderazione della **PROBABILITA'**, come riportati nel predetto allegato 1 al PNA 2019, come già realizzato per il PTPCT 2020-2022 per l'Area di Rischio 13 – Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero, nonché introducendo ulteriori 4 parametri per l'indicatore **IMPATTO** (sull'immagine dell'amministrazione, in termini di contenzioso, impatto organizzativo, danno generato), mutuando per entrambi gli indicatori la metodologia di ponderazione introdotta da ANCI nel 2019.

Nello specifico, a seguito dell'attività di revisione delle schede relative alle misure di prevenzione della corruzione relativi ai processi ricondotti nelle Area di rischio 13, si è proceduto alla rielaborazione della scheda in questione secondo la nuova mappatura implementando, per ciascun processo / fase / attività, ulteriori elementi di analisi, come riportati nel seguente prospetto, che per motivi di distribuzione del testo viene diviso in due parti.

Fattori abilitanti del rischio corruttivo	Possibili eventi rischiosi	PROBABILITA'						IMPATTO					VALUTAZIONE RISCHIO
		Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	Manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo /attività esaminata	Opacità del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento	Giudizio sintetico	Impatto sull'immagine dell'Azienda	Impatto in termini di contenzioso	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio	Danno generato	

Dati, evidenze e motivazione della misurazione applicata	Misure di prevenzione / correttive	Tempi di attuazione	Responsabile	Indicatore / Monitoraggio	Target
--	------------------------------------	---------------------	--------------	---------------------------	--------

Per ogni parametro relativo ad entrambi gli indicatori sono stati previsti tre livelli di rischio (Basso, Medio e Alto); una volta attribuiti, nel giudizio sintetico di ciascun indicatore viene riportato il valore di rischio più alto. Il valore del rischio dell'intero processo è determinato dal

valore dell'incrocio dei valori di rischio dei due indicatori risultante nella matrice di rischio appositamente elaborata da questo Ufficio, nella quale vengono individuati 4 livelli di rischio (Basso, Medio, Alto, Molto Alto).

Quanto precisato in merito alla nuova metodologia di mappatura e ponderazione del rischio di corruzione rappresenta una importante innovazione che sostituisce integralmente la metodologia utilizzata negli anni pregressi delle ponderazioni effettuate nei precedenti PTPCT, cui si rinvia, valutando, di volta l'opportunità di limitarsi a mantenere le misure già esistenti o a introdurre di nuove grazie all'esito della predetta nuova mappatura.

Ciò tenuto conto che, di anno in anno, partendo dal rischio inerente di corruzione in assenza di idonee misure di prevenzione, mediante la revisione della mappatura e, quindi delle relative misure introdotte nel tempo, si è registrata la diminuzione del c.d. rischio residuo.

In tale contesto sono stati anche individuati ed introdotti i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla scorta delle priorità emerse in sede di valutazione degli stessi.

Come già previsto nel PTPCT 2020-2022, la predetta attività di revisione è stata prevista e programmata mediante attività di auditing, al fine di individuare/rivedere e modificare e/o integrare le misure più idonee, mediante attività di condivisione con i responsabili delle UU.OO. interessate.

Tale attività è stata anche scadenzata in ragione delle priorità rilevate, tenuto conto sia delle risorse, soprattutto umane, a disposizione, che della loro sostenibilità, anche per le successive fasi di monitoraggio delle stesse.

Si è proseguito nella necessaria distinzione da un lato tra "misure generali" e "misure trasversali", le quali incidono sull'intero sistema di gestione della prevenzione della corruzione per tutta l'amministrazione, e dall'altro lato "misure specifiche", che incidono sulle criticità individuate nella fase di analisi del rischio, ancorché all'analisi del contesto esterno/interno, nonché di episodi di corruzione o maladministration verificatisi nel periodo di riferimento, tenendo presente, comunque, la congruità delle misure stesse rispetto all'obiettivo principale di prevenire il rischio di corruzione.

Ai fini dell'identificazione delle concrete misure di trattamento del rischio, così come indicate dall'ANAC, si è fatto riferimento ai tre requisiti prescritti: efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, sostenibilità economica e organizzativa delle misure, adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, con riferimento a tempistica, responsabilità e indicatori/monitoraggio.

È stata rivolta particolare attenzione alle misure di prevenzione tendenti a regolamentare, proceduralizzare e standardizzare i processi/procedimenti, in stretta connessione con gli obiettivi di miglioramento organizzativo e prestazionale dell'amministrazione, soprattutto ai fini di garantire il rispetto delle regole e la tracciabilità dei percorsi tecnico-amministrativi. Tale attività è stata resa possibile grazie anche all'attuazione dei PAC adottati dall'Azienda e alle risultanze degli audit effettuati dall'Internal Auditor.

L'attività di controllo e monitoraggio, grazie al feedback delle relazioni prodotte dalle UU.OO. e all'attività di audit condotta presso alcune di quelle interessate da più elevato rischio di corruzione, nonché il coinvolgimento del personale e dei referenti del gruppo multidisciplinare di supporto al RPCT, hanno contribuito alla revisione della mappatura dei processi.

Fondamentale in tal senso è stata la costante attenzione della Direzione Strategica e l'integrazione del PTPCT con il Piano della Performance, che ha consentito il pieno coinvolgimento dei Responsabili delle UU.OO. nell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione, declinate peraltro quali obiettivi delle schede di budget.

Nel PTPCT 2021-2023, a causa sia del protrarsi dell'emergenza sanitaria per il Covid-19, che della prolungata assenza del RPCT per un terzo dell'anno, non è stato possibile rispettare il timing delle attività programmate nel Cronoprogramma. Nonostante ciò, si è proceduto alla revisione della mappatura di alcune schede, previa specifica richiesta da parte del RPCT;

restano da revisionare secondo l'ultima metodologia implementata, le schede dei Distretti Sanitari, dei Presidi Ospedalieri (tranne area 13 per questi ultimi), della UOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale.

Per la predisposizione del PTPCT 2022-2024 si è proceduto alla revisione di alcune schede di misure di prevenzione di corruzione secondo le informazioni ed il feedback rilevati dall'attività di monitoraggio di 1° livello (dei Responsabili delle macrostrutture aziendali cui afferiscono i processi/procedimenti aziendali interessati dall'attività di anticorruzione e trasparenza) e di 2° livello, da parte del RPCT e della UO di supporto per tale attività istituito con deliberazione n.143/2016, in stretta sinergia e coordinamento con il Controllo di Gestione, in ossequio a quanto previsto dal PNA. Tale revisione è stata completata mediante le relazioni prodotte da tutte le UU.OO. interessate ed il continuo feedback direttamente rilevato presso di esse, procedendo pertanto a revisionare quelle schede per cui si è ritenuto opportuno o indispensabile la revisione, in particolare Dipartimento Attività Socio Sanitarie, UOC SIAV, UOC Provveditorato, UOC Patrimonio.

Per ulteriori specifici contenuti riguardo alla mappatura dei processi si rinvia al citato P.T.P.C.T. 2022-2024, di cui alla deliberazione n.1804/CS del 22/04/2022, cap. 6.3.1..

Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

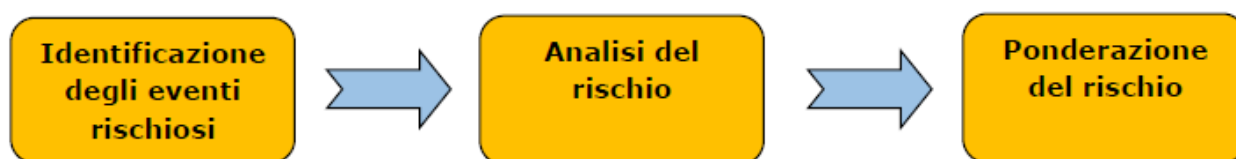
Come specificato nell'apposita sezione del citato P.T.P.C.T. 2022-2024, cap.6.3.2. la identificazione del rischio costituisce il primo passo per la realizzazione del corretto svolgimento della mappatura dei processi.

Essa consiste nello stabilire l'unità di analisi, cioè il "processo" e nell'identificazione dell'elenco completo dei processi svolti dall'amministrazione che, nelle fasi successive, vengono accuratamente esaminati e descritti.

Analizzati e ponderati con esiti positivo

Riguardo alla valutazione del rischio, come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019, essa costituisce la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi, come riportato nel seguente prospetto: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.



Ai fini dell'identificazione dei rischi è, pertanto, necessario:

- a) definire l'oggetto di analisi;
- b) utilizzare opportune tecniche di identificazione e una pluralità di fonti informative;
- c) individuare i rischi associabili all'oggetto di analisi e formalizzarli nel PTPCT.

L'identificazione del rischio o, come meglio specificato, degli eventi rischiosi, ha come obiettivo l'individuazione di quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, mediante cui si concretizza il fenomeno corruttivo.

Questa è la fase critica della macro-fase, poiché un evento rischioso che non viene identificato non può essere gestito; pertanto, la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione.

Tale fase include tutti gli eventi rischiosi, anche quelli che solo ipoteticamente potrebbero verificarsi. Anche in questa fase è di fondamentale importanza il coinvolgimento delle strutture organizzative, poiché i responsabili degli uffici, avendo una conoscenza approfondita delle attività svolte dall'amministrazione (processi/attività/azioni), possono facilitare l'identificazione degli eventi rischiosi.

In ogni caso, il RPCT, nell'esercizio del suo ruolo, deve mantenere un atteggiamento attivo, attento a individuare eventi rischiosi che non sono stati rilevati dai responsabili degli uffici e a integrare, se necessario, il registro dei rischi.

Anche gli altri attori del sistema di gestione del rischio contribuiscono attivamente; ne consegue che una adeguata gestione del rischio è responsabilità dell'intera amministrazione e non unicamente del RPCT.

Tale processo di completa poi con l'analisi del rischio (Cap. 6.4.2 del P.T.P.C. T. 2022-2024), che ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio.

Quanto sopra, tenuto conto dell'elenco prodotto per il precedente PTPCT, aggiornato (modificato e/o integrato) per il presente Piano, sulla scorta delle indicazioni fatte pervenire dai Responsabili delle struttura aziendali all'uopo interpellate nel processo di revisione della mappatura dei processi.

Per il dettaglio del procedimento adottato a tale proposito dall'ASP di Messina si rinvia al citato P.T.P.C.T 2022-2024, cap. 6.4.1..

Di seguito vengono riassunte le fasi che costituiscono

Analisi dei fattori abilitanti

Stima del livello di esposizione al rischio

Azioni necessarie per l'analisi dell'esposizione al rischio

Indicatori di stima del livello di rischio, con particolare riferimento a:

- livello di interesse "esterno": la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

Ad integrazione di quanto esplicitato nel richiamato cap.6.1.2, si riportano di seguito le tabelle utilizzate durante la revisione della mappatura come introdotte nel nuovo sistema di gestione

del rischio, ed in particolare il metodo di "Ponderazione del rischio", riguardanti le due variabili considerate: **PROBABILITA'** e **IMPATTO**, come specificate nel tracciato sopra riportato.

INDICATORI DI PROBABILITA'			
STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO			
N.	INDICATORE	LIVELLO DI RISCHIO	DESCRIZIONE
1	Livello di interesse esterno: la presenza di interesse anche economici rilevanti e di benefici per i destinatari dei processi determina un incremento del rischio	ALTO	Il processo/attività determina consistenti benefici economici o di altra natura
		MEDIO	Il processo/attività determina modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		BASSO	Il processo/attività determina benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
2	Grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	ALTO	Ampia discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, che comporta la necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		MEDIO	Apprezzabile discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, che comporta la necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		BASSO	Modesta discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, ed assenza di situazioni di emergenza
3	Manifestazioni di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di un evento corruttivo in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi	ALTO	Il comportamento corruttivo si è manifestato nel precedente anno nell'Azienda ed è comprovato da dati in possesso dell'amministrazione
		MEDIO	Il comportamento corruttivo si è manifestato nel precedente anno nell'Azienda ed è comprovato da dati/fatti su precedenti giudiziari o su procedimenti disciplinari
		BASSO	Il comportamento corruttivo non è comprovato da dati/fatti
4	Opacità del processo decisionale: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio. Presenza di	ALTO	Il processo/procedimento è stato oggetto, nell'ultimo anno, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di

	obblighi di pubblicazione		accesso civico “semplice” e/o “generalizzato” e/o rilievi da parte dell’OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		MEDIO	Il processo/procedimento è stato oggetto, negli ultimi tre anni, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato” e/o rilievi da parte dell’OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		BASSO	Il processo/procedimento non è stato oggetto, negli ultimi tre anni, di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato”, né di rilievi da parte dell’OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
5	Livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità. Rispetto dei termini di presentazione dei report	ALTO	Il responsabile della struttura aziendale non fornisce le informazioni richieste in modo tempestivo e completo
		MEDIO	Il responsabile della struttura aziendale fornisce le informazioni richieste in modo tempestivo e completo
		BASSO	Il responsabile della struttura aziendale dimostra un approccio proattivo alla gestione del rischio
6	Grado di attuazione delle misure di trattamento: l’attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi. Attuazione delle misure previste dal PTPC	ALTO	Il responsabile della struttura aziendale ha effettuato il monitoraggio con notevole ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		MEDIO	Il responsabile della struttura aziendale ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato, ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		BASSO	Il responsabile della struttura aziendale ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate

			l'attuazione delle misure
--	--	--	---------------------------

INDICATORI DI IMPATTO			
N.	VARIABILE	LIVELLO	DESCRIZIONE
1	Impatto sull'immagine dell'Azienda: misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	ALTO	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		MEDIO	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		BASSO	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	Impatto in termini di contenzioso: inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		BASSO	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio: inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Azienda	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Azienda
		MEDIO	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Azienda o risorse esterne
		BASSO	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate

organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)		all'Azienda molto rilevanti
	MEDIO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda sostenibili
	BASSO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda trascurabili o nulli

Riguardo a tale metodologia di ponderazione dei rischi di corruzione, rispetto alle due variabili di ponderazione, **PROBABILITA'** e **IMPATTO**, nella colonna "Giudizio sintetico", in ciascuna scheda delle misure di prevenzione della corruzione, come precisato alle UU.OO. di volta in volta interessate nella revisione della mappatura del presente Piano, per ciascuna variabile viene indicato, nella colonna "Giudizio sintetico", il giudizio più alto risultante tra le valutazioni espresse per ogni singola voce di entrambe.

Nella colonna "Valutazione rischio" viene riportato il livello di rischio risultante dall'incrocio dei due rispettivi giudizi sintetici espressi della "matrice del rischio" di seguito riportata.

MATRICE DEL RISCHIO			
IMPATTO \ PROBABILITA'	BASSO	MEDIO	ALTO
ALTA	Medio	Alto	Molto alto
MEDIA	Medio	Medio	Alto
BASSA	Basso	Medio	Medio

LEGENDA - VALUTAZIONE ANALISI DEL RISCHIO
Basso
Medio
Alto
Molto alto

Fondamentale per la definizione delle priorità di trattamento riguardo ai rischi rilevati, per le aree di rischio dalla 1 alla 13 del presente PTPCT, di cui al PNA 2019, è stata l'analisi congiunta con i responsabili delle relative aree di rischio, tenuto conto degli obiettivi dell'organizzazione e dei suoi contesti, attribuendo in modo concordato le valutazioni del "rischio residuo" (risultato dalla sottrazione dal "rischio inerente" delle azioni tese alla mitigazione dello stesso) utilizzando il sistema di valutazione/ponderazione basato su una scala qualitativa semplice con 5 livelli di rischio, scaturenti dalla matrice 3 x 3 riportata di seguito, dove in colonna è stata indicata la Probabilità Bassa - Media - Alta), e in colonna l'Impatto (Basso - Medio - Alto), pervenendo al valore attribuito rischio connesso ai macro-processi/processi/procedimenti analizzati (Basso - Medio - Alto - Molto Alto). Di fatto è stata effettuata una revisione delle ponderazioni effettuate nei precedenti PTPCT, valutando in taluni casi la possibilità di limitarsi a

mantenere le misure già esistenti o la individuazione di ulteriori ambiti di intervento con l'introduzione di nuove misure atte a contrastare il fenomeno corruttivo.

Per gli opportuni approfondimenti in merito, si rinvia al citato P.T.P.C.T. 2022-2024, cap.6.4.2.

Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

Una volta individuati i rischi corruttivi, è determinante programmare sia le misure "general", così come previste dalla L. n.190/2012, che "specifiche", atte a contenere i rischi corruttivi individuati.

Le misure specifiche sono state quindi elaborate in modo adeguato rispetto allo specifico rischio rilevato e condiviso con i responsabili della strutture aziendali interessate, e, pertanto, calibrate sulla base del miglior rapporto costi benefici e sostenibili dal punto di vista economico e organizzativo, al fine di ridurre al massimo il c.s. rischio "residuo", una volta desunto quello "inerente".

Le misure così individuate sono state opportunamente revisionate laddove necessario, sia per interventi normativi e/o organizzativi, con particolare riguardo a quelle le misure volte al contestuale raggiungimento di più finalità, tra cui la semplificazione, l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle azioni / attività dell'A.S.P. di Messina.

La mappatura dei processi aziendali è stata incentrata sulla suddivisione degli stessi nelle 13 aree di rischio indicate nel PNA 2019, con specifico riferimento alle aree di rischio tipiche delle Aziende del SSN, di cui si riporta a seguire specifico prospetto, entro ciascuna delle quali sono state ricondotte le schede delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza delle UU.OO. mappate.

AMMINISTRAZIONI ED ENTI INTERESSATI	N.	AREA DI RISCHIO
TUTTI	1	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO CONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
	2	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GURIDICA CON DI EFFETTO E CONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
	3	CONTRATTI PUBBLICI (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
	4	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE ex acquisizione e alla progressione del personale)
	5	GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
	6	CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI
	7	INCARICHI E NOMINE
	8	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
AZENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	9	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
	10	LISTE D'ATTESA
	11	RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI
	12	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE - RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI
	13	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

La seconda fase del trattamento del rischio consiste nel programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. Tale fase rappresenta un contenuto fondamentale del PTPCT in assenza del quale il Piano risulta privo dei requisiti di cui all'art. 1, co 5, lett. a) della legge 190/2012.

La programmazione delle misure, inoltre, consente di creare una rete di "responsabilità diffusa" rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, e costituisce principio fondamentale affinché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a se stessa.

La programmazione operativa delle misure deve essere realizzata prendendo in considerazione almeno gli elementi descrittivi riportati nel seguente prospetto, come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019.

Per il dettaglio delle specifiche schede si rinvia all'Allegato 1 del P.T.P.C.T. 2022-2024.

La mappatura di tutti quei processi/procedimenti per i quali è stata realizzata o è in corso di realizzazione un processo di digitalizzazione, verrà considerata ai fini della necessaria conseguente revisione in termini di misure di digitalizzazione, quale strumento rilevante per il contrasto a comportamenti e/o fenomeni corruttivi.

Nella predisposizione del citato PTPCT è stata rivolta attenzione al PNRR e alle refluenze sui processi/procedimenti interessati dalle connesse attività, ancora in fase di programmazione, riguardanti la Missione 6 (Salute), in particolare le linee M6.C1 e M6.C2, ciascuna componente delle quali, a sua volta, è divisa in tre Linee, di cui:

Componente 1 (affidente alle ASP)

- Case della Comunità (CdC) – per un totale di 21
- Centrali Operative Territoriali (COT) – per un totale di 7
- Ospedali di Comunità (OdC) - per un totale di 6

Componente 2

- Ospedali Sicuri e sostenibili (adeguamento sismici di cui al DA 765/2021)
- Ammodernamento tecnologico – Grandi Apparecchiature
- Ammodernamento tecnologico – Digitalizzazione dei DEA

In particolare:

- Adeguamento sismico PP.OO. Taormina, Patti, Milazzo e Barcellona P.G. (PNRR)
- Adeguamento sismico P.O. Mistretta (FC)*
- Adeguamento sismico P.O. S. Agata M.Ilo (FC)*
- Adeguamento sismico P.O. Lipari (FC)*
- Digitalizzazione dei DEA
- Grandi Apparecchiature

*in fase di programmazione

Le connesse attività sono, pertanto, ancora in una fase di programmazione a livello regionale, da cui discenderanno i relativi finanziamenti.

Pertanto, in questa fase, non potendo effettuare una puntuale ricognizione di tutte le attività aziendali interessate, si è ritenuto opportuno rinviare ad un momento successivo, possibilmente entro fine anno 2022, la mappatura dei relativi processi per la predisposizione di adeguate misure di prevenzione di corruzione e trasparenza.

Quanto precisato fermo restando che è comunque già possibile individuare le probabili aree di rischio afferenti alle attività da porre e ai conseguenti processi da mappare:

- CONTRATTI PUBBLICI;
- ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE;
- GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO.

Monitoraggio sull' idoneità e sull' attuazione delle misure.

Come indicato nei PNA dell'ANAC, da ultimo il PNA 2019, vengono considerati due livelli di monitoraggio;

- monitoraggio di 1° livello: effettuato dai responsabili delle strutture aziendali rispetto alle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza ad essi afferenti;
- monitoraggio di 2° livello: realizzato dal RPCT sulla scorta delle attività poste in essere dalle strutture aziendali interessate dal P.T.P.C.;
- riesame, laddove si rendesse necessario procedere ad una revisione delle schede delle misure di prevenzione in base al feedback dei monitoraggi sopra citati o per intervenute modifiche normative o assetti organizzativi.

Riguardo alle attività/azioni poste in essere relativamente alle varie misure di prevenzione, il RPCT produce apposita relazione semestrale sull'esito del monitoraggio, con il conseguente eventuale "riesame", nonché apposita relazione consuntiva di attività inerente agli obiettivi contrattuali per l'anno di riferimento, laddove viene rendicontato in merito agli obiettivi declinati anche in sede di negoziazione di budget e riguardanti, nello specifico:

- Implementazione mappatura dei processi secondo le indicazioni del PNA;
- Implementazione sistema di reportistica relativa al monitoraggio e vigilanza sulla corretta applicazione del PTPCT e delle misure preventive ed eventuali interventi correttivi;
- Monitoraggio applicazione delle misure anticorruzione, con particolare riguardo alla rotazione, ai conflitti di interesse, alla Inconferibilità/Incompatibilità per incarichi dirigenziali D.Lgs. n.39/2013, al Whistleblowing;
- Controlli regolari e strutturali finalizzati a verificare la corretta e tempestiva pubblicazione dei dati da parte delle UUOO nella sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente";
- Monitoraggio del Codice di Comportamento;
- Attività propedeutica alla predisposizione del PTPCT 2022-2024;
- Prosecuzione attività formativa sui temi dell'anticorruzione per accrescere le competenze e rinforzare il senso etico e sui contenuti del Codice di comportamento in funzione preventiva del rischio corruttivo (RPCT, dipendenti e UU.OO. maggiormente esposte ad elevato rischio di corruzione);
- Collaborazione con il referente PAC nella stesura di procedure amministrativo-contabili per l'integrazione con i temi dell'anticorruzione.

In particolare, riguardo al monitoraggio è importante far rilevare che, ricalcando la metodologia degli anni precedenti, il monitoraggio sull'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione viene effettuato prendendo sia in considerazione le relazioni semestrali all'uopo predisposte dai dirigenti responsabili delle UU.OO. tenute all'applicazione delle misure, nonché confronti e/o incontri e/o audit con i responsabili delle macrostrutture aziendali interessate ed i referenti delle UU.OO. facenti parte del gruppo multidisciplinare.

Particolare attenzione è stata rivolta, anche nel 2021, ad aree quali il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria, considerata ad elevato rischio di corruzione già a partire dal P.T.P.C. - P.T.T.I. 2015-2017 e poi anche i PTPCT successivi, nei confronti del quale è stato previsto un articolato ventaglio di misure consistenti nella rotazione (ordinaria/ straordinaria/ territoriale/ funzionale) del personale, nella vigilanza, nella costituzione di una commissione di supervisione, nell'elaborazione dello specifico codice di comportamento, nella formazione e nell'attività di audit. Sull'applicazione di dette misure si è vigilato mediante incontri ed interventi ad hoc con i responsabili delle UU.OO., report periodicamente inviati dagli stessi oltre il monitoraggio effettuato con l'ausilio del gruppo multidisciplinare di supporto.

Come per gli anni passati, anche per il 2021 è stato realizzato il coordinamento, previsto nel PNA 2013 e nei successivi aggiornamenti, tra PTPCT e Piano della Performance in ambito aziendale, individuando le misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (di cui agli allegati 1 e 2 del PTPCT 2021-2023), quali obiettivi specifici, negoziati assegnati dalla Direzione Strategica con le schede di budget alle UU.OO. aziendali. È proseguita la collaborazione mediante il sistema di monitoraggio con la U.O.C Controllo di Gestione e Sistemi Informativi e Statistici, grazie anche alla specifica sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e della trasparenza già costituita.

Il monitoraggio e la verifica dell'efficacia, previsti con cadenza semestrale con apposite relazioni, sono stati effettuati su tutte le misure previste, sia quelle specificatamente individuate per ogni U.O.C. (allegato 1 PTPCT 2021-2023), che per le misure trasversali alle stesse (Codice di Comportamento, rotazione dei dipendenti, conflitto d'interesse, monitoraggio del rispetto dei termini per la produzione dei procedimenti, trasparenza), in linea con quanto disposto nella Determinazione A.N.AC n.12/2015, dal PNA 2016 e dal PNA 2019. Gli esiti del monitoraggio del 1° semestre 2021 in merito allo stato di attuazione delle misure previste per ciascuna struttura aziendale mappata sono stati inviati alla UOC Controllo di Gestione e Sistemi Informativi e Statistici. Il monitoraggio per tutto l'anno 2021 sarà oggetto di apposita relazione finale. Quanto precede, tenuto conto anche del protrarsi dell'emergenza sanitaria da Covid-19 e del periodo di assenza dello scrivente da giugno ai primi di ottobre 2021.

Inoltre, in continuità con l'anno precedente e dovendo dar seguito a quanto previsto nel PTPCT 2021-2023 riguardo alla valutazione dell'efficacia delle azioni implementate rispetto alle misure individuate, anche nel 2021 è stata svolta specifica attività di auditing, sulla scorta delle relazioni prodotte dall'Internal Audit, trattandosi di attività e procedimenti in gran parte sovrapponibili, in occasione della revisione della mappatura dei processi aziendali, implementata nell'ottica del miglioramento delle azioni realizzate dal RPCT.

Tenuto conto sia dell'emergenza sanitaria da Covid-19 che dell'assenza dello scrivente come sopra riportato, non è stato possibile procedere all'audit di revisione della mappatura dei processi e delle relative schede inerenti le misure di prevenzione della corruzione, come previsto nel cronoprogramma del P.T.P.C.T. 2021-2023, secondo le seguenti fasi previste e condotte negli anni passati, che ad ogni buon fine si riportano a seguire:

- Predisposizione delle nuove schede di misure di prevenzione della corruzione per ciascuna struttura aziendale interessata, con i relativi strumenti di ausilio (elenco "fattori abilitanti del rischio corruttivo", elenco "Indicatori di Probabilità - Stima del livello del rischio", "Indicatori di impatto") all'uopo elaborati e predisposti dal collaboratore Dott. Antonio Costa;
- Convocazione della struttura aziendale interessata dell'audit preventivamente concordati mediante apposita corrispondenza (cartacea/email/telefonica) con il relativo responsabile;
- Ricognizione e verifica della documentazione inerente la struttura aziendale oggetto di Audit;
- Acquisizione e disamina documentale;
- Attività di revisione della mappatura dei processi/fasi/attività secondo la nuova metodologia implementata;
- Predisposizione nuove schede revisionate in maniera condivisa con il responsabile della struttura aziendale interessata;
- Stesura verbale.

Per tale attività, in base alla richiesta di eventuale revisione inviata alle strutture aziendali interessate e ai riscontri, si è proceduto alla revisione solo per via documentale (corrispondenza, email, telefonica) sulla scorta dei riscontri delle UU.OO. che hanno fatto rilevare l'esigenza di revisionare le proprie schede di revisione.

Le risultanze dell'attività di auditing, unitamente agli esiti degli ulteriori monitoraggi previsti dal Piano costituiscono un importante punto di riferimento sia ai fini della redazione della

predetta relazione annuale, che dell'aggiornamento del PTPCT 2022-2024, per la individuazione di ulteriori ambiti di intervento con l'introduzione di nuove misure, ritenute necessarie per prevenire e contrastare il fenomeno corruttivo, anche a seguito di sopravvenuti dettami normativi e/o eventualmente per fatti che hanno coinvolto le attività del settore.

Determinante ai fini del monitoraggio anche il coordinamento e l'integrazione con le attività dell'Internal Audit, essendo sovrapponibili agli audit del RPCT, soprattutto per quei processi dei PAC per i quali è stata rivolta particolare attenzione in termini di misure di prevenzione di corruzione, per le quali, considerato il periodo pandemico, non è stato possibile svolgere la regolare attività di audit in presenza e pertanto ci si è basati sulle relazioni prodotte dall'Internal Auditor.

L'attività di monitoraggio condotta dal RPCT è stata affiancata, nell'ottica della collaborazione e dell'integrazione, da quella effettuata dall'Internal Auditor con riferimento al Piano Annuale 2021 contenuto nel Piano Triennale 2021-2023 dell'Internal Audit (Delibera n. 429/DG del 29/02/2021 - Adozione Piano annuale di audit 2021 e Piano triennale di audit 2021 - 2023), che ha ricompreso oltre all'attività tipica dell'Internal Auditor sui PAC aziendali, anche attività specifiche su determinati processi all'uopo individuati ed inseriti nel predetto Piano Annuale 2021. Analoga attività condivisa sarà effettuata nel 2022, in ragione del Piano annuale di audit 2022 di cui alla Delibera n.677/CS del 14/02/2022 e Aggiornamento Piano triennale 2021-2023.

Pertanto, tale attività di monitoraggio viene garantita attraverso una procedura che regola la pianificazione e l'effettuazione degli audit congiunti in ambito di anticorruzione e di internal auditing, consolidando un'attività di integrazione già avviata nel contesto delle procedure P.A.C..

Con delibera n.3054/C del 17/10/2017 sono state attribuite al Gruppo Multidisciplinare dei Referenti, anche funzioni di supporto agli Internal Audit, modificato e integrato con delibera n.1590/CS del 07/04/2022, funzioni ulteriormente implementate col gruppo operativo all'Internal Auditor appositamente costituito nella delibera n.3115/C del 02/11/2018.

Per il 2020, riguardo all'attività congiunta per l'integrazione delle funzioni di monitoraggio delle misure del PTPCT svolte dal RPCT con le funzioni di controllo delle procedure amministrativo-contabili svolte dall'I.A., ai fini del miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione e della progressiva implementazione partecipata e condivisa dei processi di controllo, di gestione dei rischi e di buona amministrazione dell'Azienda, riguardo sia ai PAC oggetto di audit del RPCT, che agli altri POAC inerenti le altre attività aziendali, si è preferito prendere atto dell'attività di auditing svolta dall'I.A. al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni di attività.

I risultati emersi sono utilizzati per verificare eventuali scostamenti rispetto ai risultati attesi, individuando le misure correttive necessarie applicabili già nell'anno in corso o programmate nel piano successivo, e alimentando in tal modo anche il carattere ciclico della valutazione delle performance, in funzione del miglioramento dell'organizzazione.

Come per gli anni precedenti, come già cennato, per l'individuazione delle aree di rischio, la mappatura processi aziendali, l'assegnazione dei coefficienti di rischio e l'individuazione di misure ulteriori di prevenzione, ai fini dell'aggiornamento del PTPCT, sono risultati fondamentali i costanti rapporti con i responsabili delle strutture aziendali interessate, nonché l'apporto del "gruppo di lavoro multi-disciplinare" nell'attività di revisione delle schede delle misure di prevenzione della corruzione, che ne ha contribuito a facilitare la penetrazione e l'applicazione all'intera articolazione aziendale.

SI riportano a seguire gli ambiti di intervento più salienti riguardo al monitoraggio dell'anno 2021.

Rotazione del personale

Come già realizzato negli anni precedenti, nel prendere atto delle rotazioni effettuate nel corso del 2020 dalle strutture aziendali, così come evidenziato e specificato nell'analoga relazione dello scorso anno, le rotazioni ulteriori sono state attuate nel corso del 2021 tenuto conto, innanzitutto delle criticità insorte a seguito dell'emergenza Covid-19, ma anche delle criticità evidenziate dai vari responsabili in termini di sottodimensionamento del personale, dei vari pensionamenti registratisi nel corso dell'anno e delle parziali sostituzioni intervenute mediante incarichi a tempo determinato, peraltro parecchi dei quali (incarichi collaboratori professionali amministrativi) in scadenza al 31/12/2021).

Ulteriori misure di rotazione saranno realizzabili tenuto conto della riorganizzazione aziendale a seguito del nuovo Atto Aziendale adottato con deliberazione n.1953/DG del 01/06/2021.

Come per gli anni precedenti, anche nel 2021, la misura della rotazione, con le sue declinazioni in termini di rotazione ordinaria, straordinaria, territoriale e funzionale (segregazione di funzioni), è stata individuata quale misura/obiettivo nelle schede di budget di tutte le UU.OO..

È stata prevista l'adozione di un apposito regolamento da parte della U.O.C. Gestione Personale Dipendente (inviato in bozza alla Direzione Aziendale, ma non ancora esitato).

Sostanzialmente la rotazione del personale è stata garantita anche mediante l'implementazione di appositi regolamenti e misure alternative e/o complementari che prevedono attività congiunta tra alcuni Dipartimenti ed UU.OO.CC. di vigilanza, controllo ed ispettiva (Dipartimento del Farmaco, Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento di Prevenzione Veterinario, Dipartimento Attività Socio Sanitaria, U.O.C. Ospedalità Privata, Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica, Distretti Sanitari).

Già avviata e attenzionata con apposite disposizioni del Direttore Generale nel 2015, anche nel 2021 è stata implementata l'applicazione di tale misura che ha riguardato diverse aree territoriali, fra cui l'area del Dipartimento Veterinario, nonché le altre UU.OO. dove si esplica attività di controllo/ispettiva, quali quelle afferenti al Dipartimento di Prevenzione, ai Distretti Sanitari, al Dipartimento del Farmaco, etc...

Per il personale afferente le UU.OO.CC. Amministrative, ove è già stata operata la rotazione dei Dirigenti responsabili, ancorché il conferimento di nuovi incarichi in corso d'anno, la misura è stata effettuata mediante affiancamento e parziale redistribuzione delle competenze. Determinante è risultata a tal fine l'assegnazione di nuovo personale a tempo determinato a seguito di procedure avviate negli anni precedenti, tenuto conto delle carenze di dotazione organica rappresentate da tutte le strutture aziendali. Laddove non è stato rimpiazzato il personale andato in pensione, le attività di questi ultimi sono state ribaltate sul personale residuo in servizio.

In alcune aree ad elevato rischio di corruzione è stata attuata anche la misura della rotazione "straordinaria" a seguito di procedimenti disciplinari e/o penali che hanno interessato sia Dirigenti veterinari che MVSA, come relazionato dai Direttori delle UU.OO. afferenti al Dipartimento di Prevenzione Veterinario, da alcuni anni oggetto di particolare attenzione in tale ambito.

In conclusione, come anzidetto, anche nel 2021 a misura della rotazione, sia per il personale della Dirigenza, che del Comparto, come per gli anni precedenti oggetto di particolare attenzione, individuata quale misura/obiettivo nelle schede di budget di tutte le UU.OO.. Nel caso in cui non è stato possibile attuarla, come già detto, sono stati avviati processi di affiancamento e sono state poste in essere rotazioni mediante riassegnazioni degli ambiti territoriali, nonché la segregazione di funzioni, scaturenti, queste ultime, dall'implementazione dei PAC. Come precisato in premessa, la mancata attuazione della misura ha riguardato quelle UU.OO. dove è stata già posta in essere di recente, o per carenza di personale o perché trattasi di settori che si caratterizzano per la infungibilità /specialità delle discipline.

Di seguito si riportano le rotazioni dichiarate nelle relazioni di monitoraggio dalle varie UU.OO.:

- Dipartimento di Salute Mentale: la rotazione dei Direttori dei Moduli dipartimentali e delle UOS può essere disposta solo dal Direttore Generale; riguardo al personale medico e psicologo la continuità terapeutica è elemento cardine nel rapporto medico/psicologo – paziente; il personale del comparto viene mobilitato in funzione delle esigenze interne delle UUOCC;
- Dipartimento Prevenzione Veterinario: secondo le esigenze di servizio, tenuto conto della dichiarazioni di conflitto di interessi del personale Medico Veterinario afferente alla UOC SIAOA, sono state sistematicamente ruotate le assegnazioni degli stabilimenti nel caso in cui sono stati comunicati eventuali conflitti di interesse; per la UOC SIAPZ, considerato il numero esiguo di personale Medico Veterinario e MVSA, risulta impossibile la rotazione; riguardo alla UOC Servizio Sanità Animale le uniche rotazioni di dipendenti e le nuove assegnazioni di aziende zootecniche del 2021 hanno riguardato, nel 2° semestre 2021, il trasferimento (e la contestuale nuova assegnazione di aziende zootecniche) di un veterinario dirigente del Distretto di S. agata M.llo presso il Distretto di taormina e il trasferimento (e la contestuale nuova assegnazione di aziende zootecniche) di un veterinario dirigente del Distretto di Taormina presso il Distretto di Patti;
- Dipartimento Attività Socio Sanitarie / UO Riabilitazione Adulti e Minori Area Metropolitana: la rotazione è stata attuata più volte nel corso dell'anno relativamente al personale che fa parte delle Commissioni di Controllo e Verifica dei Centri Convenzionali; riguardo alla Commissione per il controllo di congruità sui presidi, unitamente al SIAV, sulle ditte autorizzate ad erogare protesi, ortesi ed ausili con oneri a carico del SSN, è stato più volte esplicitato che essa non è stata cambiata, ma riadattata e sono stati aumentati i membri della stessa per necessità di ulteriori attività specialistiche / UOC Riabilitazione Età Evolutiva Area Cittadina; grazie al sopraggiunto supporto di un altro dirigente medico è stato possibile effettuare la rotazione dei Dirigenti / UOC Assistenza Sanitaria Pazienti Fragili: la UOC ha in organico solo due Dirigenti Medici rispetto ai quattro previsti, che svolgono attività vicariandosi in caso di assenza ed alternandosi nello svolgimento delle pratiche;
- UOC SPEM: nonostante la carenza cronica di personale medico ed infermieristico si è proceduto, per quanto possibile, alla rotazione sotto forma di rotazione per sostituzione del personale in modo da assicurare la continuità delle attività;
- UOC Laboratorio Sanità Pubblica: la rotazione dei dipendenti, in quanto considerata misura organizzativa preventiva, riguardo alle attività di controllo analitico e di accettazione e gestione dei campioni ufficiali, viene effettuata con turnazione mensile con coinvolgimento di tutti i dipendenti;
- UOC SIAV: data la carenza di personale non è stato sempre possibile procedere alla rotazione del personale;
- UOC SIAN: in funzione della specificità delle competenze del personale, in particolare tecnici della Prevenzione, esistendo vincoli oggettivi alla rotazione ordinaria per assicurare la continuità dell'azione amministrativa, si provvede in sede di programmazione a rotazione delle assegnazioni delle pratiche;
- UOC SPRESAL: la misura è stata applicata per il 30% in ragione delle risorse umane del servizio e delle specifiche competenze ed è stata realizzata mediante rotazione all'interno dell'equipe ispettiva, rotazione del territorio in caso di denuncia di Aziende già ispezionate in precedenza, mediante rotazione degli ispettori;
- UO Accreditamento: essendo impossibile effettuare la rotazione per grave carenza di personale, si è optato per la sola variazione del responsabile del procedimento;
- Distretto Sanitario di Taormina: considerata quale strumento ordinario dell'utilizzo delle risorse umane disponibili, l'attenzione del 2020 per la rotazione di incarichi e alternanza delle figure nei vari servizi è stata massima con particolare attenzione nei Poliambulatori, nell'orario di accesso al pubblico, tenuto conto di competenze e responsabilità;

- Distretto Sanitario di Milazzo: già effettuata negli anni 2016-2017-2018-2019-2020. Nel 2021 sono andati in quiescenza una coadiutore amministrativo e un Dirigente Medico della UVM non sostituita; sono stati assunti amministrativi, di cui due a tempo determinato, un collaboratore amministrativo proveniente da altra struttura, e assegnazione di altro personale alle varie attività sanitarie ed amministrative del Distretto;
- Distretto Sanitario di Barcellona PG: nel corso del 2021 in generale la misura della rotazione non è stata applicata in quanto già attuata in precedenza, sia per carenza di personale da affiancare;
- Distretto Sanitario di Mistretta: nel 2021 non sono state effettuate rotazioni rispetto a quelle comunicate nel 2020, ma sono state attivate, ove possibile, previo monitoraggio delle attività, misure sia di affiancamento che di rotazione su singole pratiche oltre che di segregazione delle funzioni, affidandole a soggetti diversi, distinguendo attività istruttoria da quella autorizzativa, oltre che quelle di verifica;
- Distretto Sanitario di Lipari: è stata effettuata la rotazione compatibilmente con la carenza di personale;
- UOC Patrimonio: al trasferimento ad altre strutture di un collaboratore amministrativo e di un Dirigente Amministrativo, sono seguite due assegnazioni di personale (collaboratori amministrativi) per cui la rotazione è avvenuta in maniera naturale;
- UOC Coordinamento Attività Consultoriali: non è stato possibile effettuare la rotazione nel 2020 per la grave carenza di personale già segnalata;
- UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale: si è proceduto alla rotazione del personale nello svolgimento di alcune attività di competenza, compatibilmente con la dotazione organica disponibili; in particolare è stata osservata la rotazione dei controlli delle strutture di cui alla deliberazione n.1951/DG del 12/08/2016;
- UOC Servizio Legale: si attua un'adeguata rotazione nel conferimento degli incarichi compatibilmente al mansionario di inquadramento dei dipendenti;
- UOC Ospedalità Privata: nonostante l'esiguità di personale nelle attività ispettive, quando non è stato possibile garantire la pedissequa rotazione ciclica del personale, è stata comunque prevista la presenza di due unità di personale per singola struttura;
- UOC Tecnico: nonostante la carenza cronica di personale è stata data attuazione alla rotazione dei dipendenti e alla distribuzione dei carichi di lavoro;
- UOC Provveditorato: viene costantemente applicata la rotazione di attività tra il personale in funzione della tipologia di procedura di gara (servizi - forniture) assegnate ai diversi istruttori, anche in funzione dei carichi di lavoro;
- Presidio Ospedaliero di Patti: non è stato possibile attuare la rotazione per grave carenza di personale;
- Presidio Ospedaliero di Milazzo: compatibilmente con il personale dipendente a disposizione si effettua la rotazione del personale della Cassa Ticket, delle attività inerenti la liquidazione delle fatture e l'alternanza nella sala mortuaria e negli uffici ad alta corruzione;
- UOC Coordinamento Staff Direzione Generale: è stata effettuata la rotazione funzionale del personale ruotando le assegnazioni delle pratiche;
- UOC Acquisizione Prestazioni Sanitarie: l'assegnazione di tre unità di personale a tempo determinato, ha consentito l'attuazione dell'affiancamento e la distribuzione del carico di lavoro tra i dipendenti e rotazione delle pratiche tra vecchi e nuovi dipendenti;
- UOC Economico Finanziario: a seguito della cessazione dal servizio di diverse unità nel corso del 2020 (quiescenza, scadenza contratti a t.d.) nel corso del 2021 presso la UOC si è realizzato, di fatto, un parziale avvicendamento del personale dipendente e/o collaboratore per sostituire il personale cessato, fermo restando che l'organizzazione della UOC è ispirata e orientata al principio di interscambiabilità delle risorse alle diverse funzioni e al principio di separazione delle funzioni di cui al PAC.

Altre rotazioni (funzionali e/o territoriali) si sono rese necessarie e sono scaturite, in varie UU.OO., a seguito delle valutazioni e determinazioni assunte dai Responsabili delle stesse per la presenza di conflitti d'interesse dichiarati dai dipendenti nell'apposita modulistica, con relativo obbligo di astensione.

Conflitto di interessi

Come già rappresentato nelle precedenti relazioni, in coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, nonché le successive indicazioni dell'ANAC nei vari PNA, riportate anche nel PTPCT 2021-2023, per tutte le aree di rischio è stata applicata la misura della compilazione dell'apposita "dichiarazione di sussistenza/insussistenza di conflitto", in merito agli interessi e/o alle relazioni che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali.

Per la verifica dell'applicazione di tale misura sono previsti due livelli di controllo che costituiscono misure ulteriori: il monitoraggio tramite verifica effettuata dal Direttore dell'Unità Operativa sulle dichiarazioni rese dai dipendenti e, ove presente un Direttore di Dipartimento, un'ulteriore verifica a campione sul monitoraggio effettuato. I Direttori delle UU.OO. sono tenuti a monitorare, rilevare e comunicare, con cadenza annuale, la sussistenza di eventuali conflitti di interesse verificatisi nelle UU.OO. di competenza, le ragioni che hanno determinato l'eventuale obbligo di astensione ed i conseguenti adempimenti adottati.

Nel corso degli anni precedenti sono stati avviati specifici tavoli tecnici tra l'ufficio del RPCT e le strutture aziendali, per lo studio e la definizione della specifica modulistica, nonché per la condivisione della procedura di raccolta, tenuta e aggiornamento delle dichiarazioni, per le quali era stato previsto apposita revisione ed aggiornamento relativamente a quelle da rendere in seno alle Commissioni di gara o di concorso (UU.OO.CC. Provveditorato, Tecnico, Gestione del Personale Dipendente), in adesione al novellato D.Lgs. n.196/2003, come modificato dal D.Lgs. n.101/2018 per l'adeguamento al regolamento 2016/679 (GDPR). Tali adeguamenti si sono già registrati a gennaio 2020, nella fase di predisposizione del PTPCT 2019-2021.

Proprio il "conflitto d'interessi e i modelli di dichiarazione", unitamente ad altri argomenti strettamente connessi (Codice di Comportamento, inconfiribilità/incompatibilità, pantouflage, ...) è stato oggetto di formazione in presenza prevista per tutti i dipendenti al fine di favorirne la massima diffusione dei concetti necessari per la piena consapevolezza del corrispondente "dovere", discendente dallo status del dipendente pubblico (art.54 Costituzione – principi di lealtà, diligenza e servizio esclusivo alla nazione) da parte dei dipendenti, con il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti i professionisti interessati.

L'A.S.P. di Messina, inoltre, come precisato nelle pagine precedenti, ha adottato la misura della compilazione, con cadenza annuale, della "dichiarazione pubblica di interessi", anch'essa oggetto di approfondimento nel corso della sopra citata formazione, predisposta dall'Assessorato Regionale della Salute (nota prot. n.19302 del 04/03/2019) su apposito modulo cartaceo, mutuato dall'analoga procedura di compilazione on line predisposta nel 2017 su piattaforma web da AGENAS. Per tali dichiarazioni è stata inviata apposita nota circolare a tutte le strutture aziendali per regolamentare le modalità di acquisizione e trasmissione delle stesse alla U.O.C. Gestione Personale Dipendente (nota prot. n.31128/PCT del 18/03/2019).

Tali modelli di dichiarazione, introdotti dal management aziendale per assicurarne la conforme adozione, vengono utilizzati dal RPCT per incrementare il flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo.

Inconferibilità/Incompatibilità per incarichi dirigenziali D.Lgs. n.39/2013

Come per gli anni precedenti, era intenzione dello scrivente procedere alla verifica delle dichiarazioni rese dal Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo pro-tempore in conformità alla Delibera ANAC n.149/2014. In entrambe i casi non si è potuto procedere entro il 31/05/2021 (data prevista dal PTPCT) per le seguenti motivazioni: riguardo al Direttore Sanitario, Dott. Bernardo Alagna, lo stesso ha ricoperto l'incarico di Direttore Generale F.F. durante la sospensione e decadenza del Direttore Generale pro-tempore da inizio anno 2021; in seguito, nel mese di agosto 2021, il Dott. Alagna è stato nominato Commissario Straordinario. Contestualmente è stato nominato Direttore Sanitario il Dott. Domenico Sindoni. L'assenza da metà giugno ad ottobre del 2021 dello scrivente ha impedito di fatto la verifica per il Direttore Sanitario. Per il Direttore Amministrativo, Dott.ssa Catena Di Blasi, sia per l'assenza dello scrivente come anzidetto, sia la non disponibilità della dichiarazione dei redditi (mod.730) per l'anno precedente della stessa, ne hanno impedito la verifica.

La verifica delle dichiarazioni di inconferibilità di incarichi del personale (U.O.C. Gestione del Personale Dipendente, U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, U.O.C. Attività Amministrative Territoriali e Gestione del Personale Convenzionato) è proceduralizzata secondo le indicazioni riportate nel PTPCT, come da cronoprogramma, previa acquisizione delle stesse.

Whistleblowing

Il sistema, implementato dall'A.S.P. di Messina a partire dal 2015 (deliberazione n.1076/DG del 04/05/2015 – adozione del Regolamento) con Sistema informativo appositamente dedicato (con garanzia di anonimato, fruibile nell'intranet aziendale), in tutte le procedure previste e appositamente regolamentate (nel 2014 erano già attuabili le segnalazioni whistleblowing con documento cartaceo e per e-mail), è stato ampiamente pubblicizzato sia sul sito, sia mediante e-mail personale a tutti i Dipendenti, sia mediante gli interventi formativi, che vi hanno dedicato un apposito spazio. Nonostante la campagna di diffusione effettuata dall'Azienda, la pratica della segnalazione degli illeciti ha sinora registrato una scarsa capacità di penetrazione: come tutti i processi culturali richiede tempi medio-lunghi per produrre il cambiamento. Si ritiene che ciò possa essere favorito dall'efficacia delle misure di tutela che ne garantiscono l'anonimato del segnalante, la protezione delle informazioni e la riservatezza dei canali comunicativi.

Nello specifico, nel 2021, tramite la procedura intranet di whistleblowing, non è pervenuta nessuna segnalazione.

Come precisato in premessa riguardo alla specifica richiesta dell'Assessorato della Salute, ai fini del necessario adeguamento/aggiornamento del predetto regolamento aziendale in conformità a quanto previsto dalla legge 179/2017, è stata richiesta l'implementazione del software in riuso gratuito "openwhistleblowing" dell'ANAC; rilevate le criticità di ordine tecnico per tale piattaforma, si è optato per la analoga procedura resa disponibile da Transparency International Italia, per la quale si è ancora in attesa di riscontro da parte del consulente aziendale cui è stata ripetutamente richiesta valutazione sull'applicabilità in ambito ASP di Messina.

Nel frattempo sono state emanate le Linee Guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità (delibera ANAC n.469 del 09/06/2021). Inoltre, la Direttiva Europea sul Whistleblowing (2019/1937), pubblicata a dicembre 2019, prevede l'adozione di nuove misure a tutela di tutti coloro che segnalano un illecito del Diritto dell'Unione così come l'implementazione obbligatoria di canali di segnalazione all'interno di aziende e organizzazioni con più di 50 dipendenti. Per tali ulteriori adempimenti non è stato ancora effettuato il recepimento (previsto entro 17 dicembre) del testo nel proprio ordinamento nazionale.

Programmazione dell'attuazione della trasparenza

In una delle sue definizioni la trasparenza viene descritta come accessibilità totale delle informazioni che riguardano l'organizzazione e l'attività delle PA, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo democratico sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Come indicato nella l. 190/2012, nell'art art. 10, co. 1 d.lgs. 33/2013 e da ultimo ribadito nel PNA 2019 (Parte III, § 4.3), nella sezione trasparenza del PTPCT devono essere indicati i nominativi dei responsabili dell'individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013. È altresì consentita la possibilità di indicare, in luogo del nominativo, il responsabile in termini di posizione ricoperta nell'organizzazione, purché il nominativo associato alla posizione sia chiaramente individuabile all'interno dell'organigramma dell'ente.

La programmazione delle misure inerenti alla trasparenza comprendono anche il relativo monitoraggio, ai sensi del decreto legislativo n. 33 del 2013, nonché le misure organizzative per garantire l'accesso civico, "semplice" e "generalizzato".

Negli ultimi anni, la trasparenza nella PA sta assumendo un ruolo centrale nelle politiche contro la corruzione, anche in relazione ad un diverso rapporto con il cittadino in termini di accountability, con particolare riguardo alla creazione di Valore Pubblico.

La normativa in materia di Trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni (D.Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Ls. n.97/2016) ha riordinato e integrato le disposizioni in materia di pubblicità e diffusione dell'informazione da parte dei soggetti pubblici, potenziando anche gli strumenti con cui i cittadini possono accedere (accesso civico "semplice" e accesso civico "generalizzato") alle informazioni e ai dati detenuti dalle pubbliche amministrazioni.

Tale novità normativa costituisce una rilevante conquista atta ad un migliore rapporto tra PA e cittadini, basato su più elevati standard relazionali, riguardo alle informazioni e dati che, nel loro insieme, trovano un utilizzo nella produzione di Valore Pubblico.

I dati aperti detenuti dalle pubbliche amministrazioni costituiscono patrimonio preziosissimo della collettività, il cui ottimale utilizzo è determinante per il processo decisionale del management. Per far ciò è necessaria un'adeguata formazione dei potenziali fruitori circa la ricerca delle fonti, l'uso dei dati e la loro verifica, supportata con apposite banche dati, portali e piattaforme digitali. Anche questo processo virtuoso, pertanto, può portare alla creazione di valore pubblico, in termini di miglioramento dei processi decisionali, di innovazione dei servizi e dei processi produttivi.

Come in precedenza, anche nel PTPCT 2021-2023 è stata conferita diretta competenza e responsabilità ai Direttori delle UU.OO. degli obblighi di pubblicazione come riportato nell'allegato 2 al predetto Piano.

Ciò ha garantito un rilevante continuo miglioramento soprattutto in termini di "qualità" delle informazioni, anche se permane la criticità dell'uso di formati talvolta non adeguati. Il mancato completo adeguamento alla normativa è dovuto in gran parte alla carenza di risorse umane dedicate. Dall'inizio del 2017 è stato affidato ad una società esterna l'incarico di revisionare il sito web dell'A.S.P. secondo normativa vigente.

Le UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico, già dal 01/01/2016, hanno in uso un nuovo software che implementa automaticamente anche le informazioni nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Con particolare riferimento alla trasparenza e ai controlli regolari e strutturali finalizzati a verificare la corretta e tempestiva pubblicazione dei dati da parte delle UUOO nella sezione del sito aziendale "Amministrazione Trasparente", viene condotto il monitoraggio sulla pubblicazione dei dati, facendo rilevare che nel 2017 l'Azienda si è dotata di un nuovo sito WEB

e, quindi, di una nuova sezione "Amministrazione Trasparente". La trasposizione delle informazioni del vecchio sito è avvenuta con qualche difficoltà.

Il monitoraggio sulla pubblicazione dei dati è stato condotto costantemente, sia per verificare la corretta trasposizione dal vecchio sito web aziendale, sia per verificare la corretta implementazione e aggiornamento dei contenuti. Nel 2018 è stata elaborato un sistema di reportistica che, mensilmente, ha consentito di rilevare i correttivi da segnalare alle UU.OO. responsabili della pubblicazione.

Proficua è risultata la collaborazione tra il RPCT e il RPD (DPO). A tal fine si precisa il subentro di altro DPO nel corso dell'anno. Efficace l'attività di consulenza riguardo al temperamento e bilanciamento tra gli obblighi di pubblicazione e la normativa in materia di tutela di dati personali. A tal fine entrambi i DPO che si sono succeduti nell'anno hanno predisposto specifiche circolari sulle modalità di trattamento dei dati, anche riguardo alla situazione di emergenza sanitaria da Covid-19 e tutte le novità normative in materia.

Come già rappresentato, nel corso del 2021, in occasione del monitoraggio dell'O.I.V. ai fini delle verifiche sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla Delibera ANAC n.294 del 13/04/2021, recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021 e attività di vigilanza dell'Autorità" (termini di monitoraggio e pubblicazione della relativa attestazione previsti rispettivamente per il 31/05/2021 e 30/06/2021), il relativo monitoraggio sugli adempimenti inerenti gli obblighi di pubblicazione ivi individuati di cui al D.Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, previsti per le pubbliche amministrazioni all'Allegato 2.1. della predetta deliberazione ANAC ed inerenti questa ASP, di seguito indicati: Performance (art. 20); Bilanci (art. 29); Beni immobili e gestione del patrimonio (art. 30); Controlli e rilievi sull'amministrazione (art. 31); Bandi di gara e contratti (art. 37); Interventi straordinari e di emergenza (art. 42)

La relativa attestazione da parte dell'OIV, come risultante dall'Allegato 2.1, pubblicato nella relativa sottosezione della sezione "Amministrazione trasparente", ha fatto rilevare una sostanziale e complessiva valutazione positiva.

Le attività poste in essere nell'ambito di tale obiettivo hanno consentito di ottenere un sostanziale generale miglioramento, in termini di quantità e qualità, delle attività di monitoraggio pianificate, programmate e realizzate, con un costante aggiornamento delle pubblicazioni.

Nel P.T.P.C.T. 2022-2024 cui si rimanda, al cap.9 è stata prevista apposita sezione dedicata alla "trasparenza", con particolare riferimento ai principi generali, alle finalità e agli obiettivi, alla pubblicazione dei dati e alle relative responsabilità, nonché alle misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e tempestività dei flussi informativi. Inoltre sono state previste apposite, modalità di coinvolgimento degli stakeholder, le iniziative di comunicazione della trasparenza, con particolare riferimento alla "giornata della trasparenza", tenuta ogni anno. Una sottosezione specifica è stata dedicata anche all'accesso civico, nelle sue declinazioni di accesso civico "semplice" e accesso civico "generalizzato", con la esplicazione delle modalità e modulistiche messe a disposizione degli utenti.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Sottosezione di programmazione - Struttura organizzativa

Nell'ambito della propria autonomia l'Azienda definisce gli assetti organizzativi, le caratteristiche e le funzioni delle singole articolazioni organizzative, l'attribuzione delle responsabilità di direzione e gestionali, nonché le modalità di interazione tra i vari soggetti aziendali: dipartimenti, distretti, strutture complesse, semplici e incarichi professionali.

Di seguito si procede alla descrizione dell'organizzazione prevista dall'Atto Aziendale, predisposto in ottemperanza al DA n°1675 del 31.07.2019 "Linee guida per l'adeguamento degli Atti Aziendali al documento di riordino della rete ospedaliera approvato con DA n°22 dell'11.1.2019. Indirizzi operativi", approvato con D.A. n. 112 del 19.02.2020 e adottato con delibera 558/DG del 2.3.2020.

Il Dipartimento

Il Dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa dell'attività dell'Azienda, ai sensi dell'art. 17 bis del D. L.vo n. 502/1992 e s.m.i. con cui dare attuazione al principio di partecipazione dei professionisti al processo decisionale, secondo i rispettivi ambiti di responsabilità.

Il Dipartimento è una struttura organizzativa di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse, costituita da una pluralità di unità operative, raggruppate in base all'omogeneità, affinità o complementarietà del loro sistema di riferimento, che perseguono finalità comuni, tra loro interdipendenti ma che mantengono la propria autonomia e responsabilità professionale nell'ambito di un unico modello organizzativo e gestionale. Esso assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con la Direzione Strategica e con le altre strutture aziendali.

Attraverso la dipartimentalizzazione è possibile dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali

e complete ed adottare regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico ed economico.

Il Dipartimento può essere strutturale o funzionale. Il Dipartimento strutturale ha la responsabilità gestionale piena e diretta delle risorse assegnate e con rilevanza gerarchica, in particolare delle risorse umane, ed è diretto da uno dei dirigenti delle strutture complesse ad esso afferenti. Il Dipartimento funzionale coinvolge "orizzontalmente" le strutture che ne fanno parte ed è diretto da uno dei responsabili delle unità operative complesse con il ruolo di coordinamento, al fine di migliorare la pratica clinico-assistenziale, favorire l'acquisizione ed il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate e definire percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, affinché si riducano le difformità nelle pratiche clinico-assistenziali che caratterizzano le diverse articolazioni organizzative afferenti.

Le funzioni dei Dipartimenti, sia sanitari che amministrativi, comprendono la definizione di progetti e programmi, l'allocazione di risorse e la realizzazione di obiettivi prioritari per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature.

I Dipartimenti nello svolgimento delle funzioni proprie intendono conseguire i seguenti obiettivi:

- convergenza di competenza ed esperienza;
- interdisciplinarietà;

- garanzia di continuità delle prestazioni prevenendo ridondanze di tempi e/o procedure inutili;
- accorpamento di attività secondo criteri di efficienza ed efficacia pratica.

In particolare i Dipartimenti Sanitari realizzano:

- utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi, del personale e delle apparecchiature;
- ove trattasi di dipartimenti che svolgono attività rilevanti sia sul territorio che in ospedale, il coordinamento tra le attività ospedaliere e quelle extra ospedaliere per un'integrazione dei servizi nel territorio ed in particolare, nei Distretti, nonché con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta al fine di realizzare il raccordo tra l'ospedale e le strutture territoriali;
- promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali ed a migliorarne l'accessibilità;
- valutazione e verifica della qualità dell'assistenza e delle prestazioni fornite.

Ogni dipartimento è governato dal direttore di dipartimento con poteri di indirizzo e coordinamento delle attività, nel dipartimento strutturale il suo direttore ha anche la responsabilità gestionale delle risorse umane, tecniche e finanziarie. Al Direttore di dipartimento fanno riferimento i responsabili di U.O. che collaborano alla gestione delle attività attraverso il Comitato di dipartimento.

Il Direttore di Dipartimento è scelto e nominato con provvedimento motivato dal Direttore Generale, tra i dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa aggregata nel dipartimento, in conformità a quanto previsto dall'art. 17-bis del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni. Risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo della gestione, in relazione alle risorse assegnate. L'incarico di Direttore di Dipartimento di norma ha durata triennale, ed è rinnovabile previa verifica dei risultati ottenuti, da parte dei competenti organi di valutazione aziendale. Il rinnovo non può essere tacito. Per il periodo dell'incarico il dirigente rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

Compete al Direttore del Dipartimento:

- negoziare con la direzione aziendale il budget, gli obiettivi e quanto approvato dal Comitato di Dipartimento, correlandolo all'utilizzo delle risorse disponibili;
- assicurare l'integrazione delle attività del dipartimento con le altre strutture, sia ospedaliere che territoriali, dell'Azienda;
- gestire il funzionamento del dipartimento, attuando i modelli proposti dal comitato di dipartimento;
- promuovere le verifiche periodiche sulla qualità, secondo il modello prescelto dal comitato del dipartimento;
- controllare l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali definiti dal Comitato del Dipartimento nell'ambito: dell'assistenza sanitaria, della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
- rappresentare il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Aziendale e con i Direttori degli altri dipartimenti;
- gestire le risorse attribuite al dipartimento secondo le indicazioni del comitato di dipartimento;
- definire i modelli di coordinamento fra le singole strutture in cui si articola il dipartimento.

Il Comitato del Dipartimento è organismo collegiale, consultivo e propositivo che coadiuva il Direttore di Dipartimento nelle sue funzioni. Esso è nominato dal Direttore Generale secondo le modalità individuate nei singoli regolamenti di funzionamento.

I Dipartimenti strutturali sono organismi soggetti a rendicontazione analitica ed organizzati in centri di costo/responsabilità.

I Dipartimenti strutturali individuati dall'ASP sono:

- Dipartimento Salute Mentale
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Prevenzione Veterinario

I direttori dei Dipartimenti strutturali, negoziano con la Direzione aziendale risorse ed obiettivi. A loro volta i direttori di dipartimenti negoziano tali obiettivi con le strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale che ne fanno parte.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è un dipartimento strutturale, dotato di autonomia gestionale e tecnico professionale con obbligo di rendicontazione analitica. Il modello dipartimentale garantisce l'unitarietà del personale, della programmazione, gestione delle attività, nonché delle risorse; consente la perfetta armonizzazione ed integrazione degli interventi relativi alle tre aree di competenze (salute mentale adulti, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, dipendenze patologiche).

Funzionalmente, il DSM si articola in Unità Operative Complesse (Moduli Dipartimentali) ed Unità Operative Semplici, alcune delle quali con valenza dipartimentale.

Le UU.OO.CC. afferenti al DSM vengono individuate quali Moduli Dipartimentali che possono avere valenza territoriale mono, pluri distrettuale o provinciale, e si differenziano per la tipologia di utenza (SMA, NPIA, DP). Nell'ambito delle indicazioni e delle linee strategiche aziendali e dipartimentali, sono dotati di autonomia operativa rispetto alla propria area territoriale e alla disciplina.

Sono previsti i seguenti moduli dipartimentali:

- Modulo Dipartimentale SMA Messina Sud -Taormina
- Modulo Dipartimentale SMA Messina Nord
- Modulo Dipartimentale SMA Milazzo-Lipari
- Modulo Dipartimentale SMA Barcellona-Patti
- Modulo Dipartimentale SMA Sant'Agata M-Mistretta
- Modulo Dipartimentale Provinciale Neuropsichiatria Infantile e della Adolescenza (NPIA);
- Modulo Dipartimentale Provinciale Dipendenze Patologiche con la UOS "Dipendenze non da sostanza".

I Direttori dei Moduli Dipartimentali, in sinergia con i responsabili delle Unità Operative Semplici, assicurano l'assistenza agli utenti di propria competenza nel rispetto delle risorse assegnate e degli obiettivi aziendali e dipartimentali.

I Moduli Dipartimentali della Salute Mentale Adulti (SMA) presentano le seguenti articolazioni previste dalle normative Nazionali e Regionali: CENTRO SALUTE MENTALE (ed ambulatori territoriali periferici), CENTRO DIURNO, SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA, STRUTTURE RESIDENZIALI (Struttura Abitativo- Riabilitativa, Comunità Terapeutica Assistita).

Tra le strutture residenziali va annoverata la UOSD RESIDENZA PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA (REMS) / CTA di Naso, attivata a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la cui gestione sanitaria è affidata al DSM. Le ammissioni e le dimissioni presso la REMS sono disposte dalla Direzione Amministrativa Penitenziaria su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.

Tra le strutture semi residenziali con notevole specificità terapeutica è di rilevanza il Centro diurno per i disturbi del comportamento alimentare (DCA) allocato presso il Modulo Dipartimentale Messina Nord.

Il Modulo Dipartimentale Provinciale della Neuropsichiatria Infantile e della Adolescenza (NPIA), è preposto alla prevenzione cura e riabilitazione dei disturbi psichici, neurologici,

neuropsicologici in età evolutiva. Esso riveste particolare importanza per la valenza preventiva che gli interventi assumono in questa età della vita e che si riverberano nell'età adulta atteso che tutti i più recenti studi epidemiologici dimostrano che la gran parte dei pazienti adulti con disturbi psichiatrici presentava già sintomi, spesso non trattati, in età evolutiva.

Tra i compiti fondamentali del Modulo della NPIA rientrano in modo peculiare:

- Promuovere la salute mentale in età evolutiva.
- Prendere in carico i minori vittime di trascuratezza, maltrattamento e abuso.
- Individuare precocemente, con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta, i gravi disturbi neurologici e psicopatologici ad alto impatto sociale, per i quali la diagnosi tempestiva costituisce un sicuro criterio di prognosi più favorevole.
- Ridurre le conseguenze invalidanti delle gravi disabilità neurologiche e psichiatriche, sviluppando le abilità residue, favorendo le autonomie personali ed i processi di adattamento. Particolare importanza rivestono gli interventi precoci su patologie complesse quali quelle dello spettro autistico ed i disturbi dell'apprendimento.
- Contrastare la tendenza alla emarginazione e alla istituzionalizzazione dei soggetti con psicopatologia "maggiore", attraverso programmi di integrazione scolastica e sociale.
- Opera per la diagnosi ed il trattamento precoce dell'autismo (DATIP).

Il Modulo Dipartimentale Provinciale delle Dipendenze Patologiche (DP) persegue gli obiettivi della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento sociale dei soggetti affetti da dipendenze patologiche, con particolare riguardo alle dipendenze delle sostanze d'abuso ed alle nuove forme di dipendenza patologica.

Particolare rilevanza, in ordine alle difficoltà gestionali, assume la presenza nell'ambito metropolitano della Casa Circondariale.

Nel Dipartimento, presso il Modulo di Messina Nord, sono previsti i servizi di Psicogeriatrics e Psichiatria di Consultazione.

I **Dipartimenti di Prevenzione** rappresentano macrostrutture aziendali il cui assetto è fissato in sede nazionale dalle Leggi dello Stato (D.Lgs. 502/92 e s.m.i. del D.Lgs. n. 229/99) e in sede regionale dal D.P.Reg. 11/05/2000, D.A. 14/03/2001 n°34120, dalla Circolare assessoriale n°1045 del 21/03/2001 e dal D.A. 01/03/2006, D.A. 820/2012 (riorganizzazione Centri di vaccinazione) D.A. 1845/2012 (direttive regionali per l'esecuzione degli screening oncologici) D.A. 2198/2014 (recepimento del PNP 2014-2018 e indirizzi operativi).

I Dipartimenti di Prevenzione garantiscono la tutela della salute collettiva. Sono dotati di autonomia tecnico-gestionale di tipo strutturale e organizzati in centri di responsabilità e di costo.

I Dipartimenti di prevenzione nello svolgimento delle proprie azioni si integrano con le altre istituzioni e con gli altri settori del Servizio Sanitario, al fine di programmare interventi coordinati e complementari in particolare a livello distrettuale, nei Distretti sanitari, dove l'integrazione, l'armonizzazione e la condivisione dei programmi trova la sua massima espressione attuativa proprio perché, in tale ambito con le strutture a diverso titolo impegnate nella tutela della salute pubblica, è possibile ed è necessario sviluppare le attività di promozione della salute e di adozione di corretti stili di vita, garantendo equità sociale degli interventi.

La funzione dei Dipartimenti di Prevenzione si esplica, inoltre, nei confronti degli Enti locali e degli altri soggetti cointeressati, in particolare nella conferenza dei Sindaci, specie per quanto concerne la descrizione epidemiologica dei rischi sanitari e dei fenomeni patologici, l'educazione alla salute, l'informazione e la comunicazione del rischio.

L'assetto organizzativo e le funzioni del Dipartimento di Prevenzione sono quelle previsti dalla circolare n. 1045 del 31/03/2001 e relativo allegato nonché dal D.A. 01/03/2006 ai sensi dei quali si articola in due dipartimenti strutturali:

- Dipartimento strutturale di prevenzione
- Dipartimento strutturale di prevenzione veterinario

Le funzioni e i compiti del Direttore del Dipartimento strutturale di prevenzione e del Direttore del Dipartimento di prevenzione veterinario corrispondono a quanto stabilito dalla già richiamata Circolare n. 1045.

I Direttori del Dipartimento strutturale di prevenzione e del Dipartimento di prevenzione veterinario curano, rispettivamente, i rapporti con istituzioni, amministrazioni e società civile, essi subentrano ai Capi Settore nella Conferenza regionale di servizio ex artt. 11 e 14 del decreto n° 13306 del 18/11/1994.

Il **Dipartimento strutturale di Prevenzione** è composto da due aree, Igiene e Sanità Pubblica e Tutela della Salute e Sicurezza Ambienti di lavoro, e da un servizio interareale, UOC Laboratorio di Sanità Pubblica.

L'area di Igiene e Sanità Pubblica è articolata nelle seguenti strutture complesse:

- Servizio di sanità pubblica, epidemiologia e medicina preventiva (S.P.E.M) con UOS "Epidemiologia".
- Servizio di igiene ambienti di vita (S.I.A.V.) con UOS "Rischi Inquinamento ambientale e risorse idriche";
- Servizio di igiene degli alimenti, sorveglianza e prevenzione nutrizionale (S.I.A.N.) con UOS "Igiene degli alimenti e delle bevande".

L'area di Tutela della Salute e Sicurezza Ambienti di Lavoro è articolata nelle seguenti strutture complesse:

- Servizio di prevenzione e sicurezza ambienti di lavoro (S.PR.ES.A.L.) con UOS "Verifica e Controllo"
- Servizio Impiantistica Antinfortunistica (S.I.A.).

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione è, altresì, prevista la UOC ACCREDITAMENTO.

Il Dipartimento Strutturale di Prevenzione veterinario

Al Dipartimento di Prevenzione veterinario sono attribuite tutte le azioni finalizzate alla razionalizzazione, miglioramento della gestione, ottimizzazione delle risorse, uniformità dei comportamenti e specificità delle prestazioni in ambito veterinario.

L'assetto organizzativo interno del Dipartimento di prevenzione veterinario deriva dall'applicazione della Circolare n. 1045 del 31/03/2001 nella parte corrispondente all'area di sanità pubblica veterinaria.

Gli obiettivi specifici prioritari del Dipartimento di Prevenzione veterinario sono quelli di:

- Innalzare i livelli sanitari di sicurezza delle popolazioni animali, con la riduzione dell'incidenza delle infezioni zoonosiche e di quelle a maggiore rilevanza zoonosanitaria e con l'eradicazione dagli allevamenti ovi-caprini della brucellosi e dagli allevamenti bovini della tubercolosi, brucellosi e della leucosi bovina enzootica;
- Migliorare l'igiene degli allevamenti zootecnici con particolare riguardo al benessere degli animali allevati, all'alimentazione degli animali ad al controllo dell'utilizzo sapiente dei medicinali veterinari;
- Perfezionare l'igiene urbana veterinaria attraverso il raggiungimento di un ottimale equilibrio uomo-animale-ambiente;
- Garantire un elevato livello di sicurezza e di integrità dei prodotti alimentari di origine animale.

Afferiscono al Dipartimento di prevenzione veterinario i seguenti servizi di provenienza dall'ex Area di Sanità Pubblica Veterinaria:

- ❖ U.O.C. Servizio Sanità Animale (S.S.A.) a cui principalmente appartiene, fatto salvo quanto analiticamente previsto dalla Circolare 1045 e dal PRIS Regione Sicilia e s.m.i.:

- ✓ La sorveglianza epidemiologica e la profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali ai fini della loro eradicazione;
- ✓ La prevenzione ed il controllo delle zoonosi
- ✓ La polizia veterinaria
- ✓ La vigilanza sui concentramenti e sugli spostamenti degli animali compresa l'importazione e l'esportazione;
- ✓ Il controllo delle popolazioni sinantropiche e selvatiche ai fini della tutela della salute umana e dell'equilibrio uomo/animale/ambiente

Nell'ambito della UOC Servizio Sanità Animale è prevista, tra le altre, la UOS Gestione dei flussi e sistemi informativi.

- ❖ U.O.C. Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto di alimenti di origine animale e loro derivati (S.I.A.O.A) a cui vengono affidati fatto salvo quanto previsto dalla Circolare 1045 e dal PRIS Regione Sicilia e s.m.i. i compiti relativi a:
 - ✓ L'ispezione negli stabilimenti di macellazione;
 - ✓ Il controllo igienico sanitario nell'ambito della produzione, trasformazione, conservazione, trasporto, deposito e distribuzione e somministrazione degli alimenti di origine animale;
 - ✓ Il controllo ufficiale degli stabilimenti riconosciuti (CE) e nelle imprese alimentari registrate
 - ✓ Le indagini epidemiologiche in tutte le fasi della produzione, commercializzazione, trasporto di alimenti di origine animale;
 - ✓ La valutazione degli esiti analitici, dei risultati degli esami e delle eventuali azioni correttive da porre in essere;
 - ✓ Le certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari.
- ❖ Servizio di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (S.I.A.P.Z.), le cui principali competenze, fatto salvo quanto previsto dalla Circolare 1045 e dal PRIS Regione Sicilia e s.m.i., sono quelle di:
 - ✓ igiene urbana veterinaria;
 - ✓ lotta al randagismo e controllo della popolazione canina;
 - ✓ vigilare e controllare l'impiego degli animali nella sperimentazione;
 - ✓ controllo e vigilanza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi;
 - ✓ competenze in materia di laboratori di analisi veterinari e sugli ambulatori veterinari.

Detti servizi sono resi da tre strutture complesse che operano quali centri di responsabilità e di costo, sono dotate di autonomia tecnico funzionale ed operativa, di spazi e risorse necessarie per lo svolgimento specialistico delle funzioni e dei compiti propri del servizio, organizzate sotto la direzione del Direttore del Dipartimento.

Il notevole incremento del fenomeno randagismo ha indotto la necessità di istituire una UOSD Igiene Urbana Veterinaria e Lotta al Randagismo.

Le articolazioni hanno valenza aziendale e si articolano in strutture complesse e semplici in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento ed alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza, con spazi e risorse proprie.

I **Dipartimenti funzionali** sono organismi dotati di autonomia tecnico-professionale e scientifica e possono essere assegnatari di budget soggetti a rendicontazione non analitica.

L'offerta sanitaria presso i presidi ospedalieri, attraverso l'organizzazione funzionale dipartimentale prevede la seguente aggregazione di servizi:

- Dipartimento di Medicina

- Dipartimento di Chirurgia
- Dipartimento dei Servizi
- Dipartimento Oncologico (come previsto dal Piano Sanitario Regionale 2000/2002)

Tali aggregazioni dipartimentali comprendono unità operative omogenee che erogano le loro prestazioni di specialistica ambulatoriale e strumentale, ricovero, day hospital, consulenza, trattamenti riabilitativi, emergenza-urgenza, interventi educativi. Nei regolamenti dei singoli Dipartimenti funzionali di area ospedaliera sarà prevista la possibilità che il Comitato di Dipartimento si riunisca per aree distrettuali ospedaliere.

Il **Dipartimento di Medicina**, di tipo funzionale, è la struttura della Asp di Messina preposta alla organizzazione ed erogazione delle attività proprie del livello di assistenza sanitaria ospedaliera che riguardano prestazioni in regime di ricovero ordinario, day hospital, day service per quanto di competenza delle unità operative di cui è costituito. È composto da strutture complesse e semplici presenti nei PP.OO. dell'Azienda.

Il **Dipartimento di Chirurgia** è un dipartimento di tipo funzionale che raggruppa tutte le UU.OO. complesse e semplici delle varie discipline chirurgiche dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda e svolge funzioni di coordinamento, di indirizzo tecnico scientifico e di verifica delle attività. Il Dipartimento sostiene il processo di rinnovamento dell'organizzazione e delle strategie di intervento e consolida l'organizzazione dei servizi in una visione improntata sulla centralità dell'utente. Il Dipartimento di Chirurgia è costituito da strutture che rivestono un ruolo centrale di natura strategica nei percorsi diagnostico-terapeutici, sia in elezione che in emergenza.

Il **Dipartimento Funzionale dei Servizi** è un dipartimento di tipo funzionale con compiti di produzione di servizi sanitari. Il Dipartimento sostiene il processo di rinnovamento dell'organizzazione e delle strategie di intervento e consolida l'organizzazione dei servizi in una visione improntata sulla centralità dell'utente.

Il Dipartimento è costituito da strutture che rivestono un ruolo centrale di natura strategica nei percorsi diagnostico-terapeutici, sia in elezione che in emergenza. Raggruppa le seguenti UU.OO.: Patologia Clinica, Medicina Trasfusionale, Anatomia Patologica, Anestesia e Rianimazione e Diagnostica per Immagini.

Il **Dipartimento Oncologico** nasce in attuazione del Piano Sanitario Regionale 2000/2002, il quale ha individuato, come sedi del Dipartimento Oncologico di terzo livello il Presidio Ospedaliero "S. Vincenzo" di Taormina.

Il Dipartimento Funzionale Oncologico costituisce una modalità organizzativa che consente di garantire un'efficace attività diagnostico-terapeutica integrata, favorendo il lavoro di tutte le competenze professionali e sfruttando le potenzialità delle risorse tecnologiche disponibili. Esso è strumento utile per la razionalizzazione ed organizzazione dei servizi sanitari che concorrono al trattamento della patologia neoplastica, al fine di garantire equa possibilità di accesso ed uniforme efficacia delle prestazioni sanitarie a tutti i cittadini del territorio provinciale.

Il Dipartimento Oncologico assicura alle persone colpite da patologie neoplastiche le prestazioni diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali necessarie, nel rispetto dei principi di dignità della persona umana, di equità dell'accesso all'assistenza, della qualità e dell'appropriatezza delle cure e dell'economicità dell'uso delle risorse.

Nell'ambito della Chirurgia generale del Dipartimento Oncologico particolare rilievo ha la gestione delle pazienti con patologia mammaria.

I Dipartimenti funzionali, oltre quelli sopra descritti, individuati da questa ASP sono:

- Dipartimento Cure Primarie
- Dipartimento Attività Socio – Sanitarie
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento del Farmaco

- Dipartimento Cure Ospedaliere
- Dipartimento Risorse Tecnologiche e Finanziarie
- Dipartimento Risorse Umane, Sviluppo Organizzativo, Affari Generali e Patrimonio

Il **Dipartimento Cure Primarie** è un dipartimento funzionale, con competenza nell'area territoriale dell'ASP, esso è costituito dalle seguenti strutture:

- U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica, Medicina Legale
- U.O.C. Distretto Sanitario di Messina
- U.O.C. Distretto Sanitario di Milazzo
- U.O.C. Distretto Sanitario di Lipari
- U.O.C. Distretto Sanitario di Taormina
- U.O.C. Distretto Sanitario di Barcellona
- U.O.C. Distretto Sanitario di Mistretta
- U.O.C. Distretto Sanitario di Patti
- U.O.C. Distretto Sanitario di S. Agata di Militello
- U.O.C. Medicina Penitenziaria

La U.O.C. Medicina Penitenziaria, in adesione a quanto previsto dal DPCM del 1° aprile 2008, recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", è istituita quale struttura con autonomia organizzativa. Tale previsione raccomandata dal DPCM 1 aprile 2008 per le ASP dove sono presenti istituti penitenziari con capienza complessiva superiore alle 500 unità, o istituti sede di SAI o Istituti con attive Sezioni Sanitarie Specializzate o Sezioni di Ricovero Ospedaliero Protetto. Presso l'ASP di Messina, che ha competenza territoriale sulla Casa Circondariale di Messina e sulla Casa Circondariale di Barcellona P.G., sono presenti all'interno degli Istituti Penitenziari citati le uniche due Sezioni Sanitarie Specializzate presenti sull'intero territorio regionale: *l'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale* (in acronimo ATSM) presso la Casa Circondariale di Barcellona P.G e la

Sezione Specializzata di Assistenza Intensiva (in acronimo S.A.I.) presso la Casa Circondariale di Messina.

Nell'ambito dei distretti sanitari operano i PTA (Presidi Territoriali di Assistenza), la cui finalità, in base alle specificità dei diversi territori, è la realizzazione dell'integrazione fisica e/o organizzativa-operativa dei servizi territoriali, in applicazione e nel rispetto delle Linee Guida emanate con D.A. n. 723 del 10.03.2010, come disposto dall'art. 12 comma 8 della L.R. n. 05/2009.

Il Distretto contribuisce alla missione aziendale, assicurando alla popolazione residente la disponibilità e l'accesso ai servizi ed alle prestazioni di tipo sanitario, incluse nei livelli essenziali di assistenza.

I Distretti Sanitari coincidono con gli ambiti territoriali dei Distretti Socio-Sanitari. Il DPRS del 22/09/09, così come rettificato con DPRS del 02.12.2009, definisce i Distretti sanitari della Provincia di Messina ai sensi dell'art.12 della L.R. 5/2009. In un territorio, vasto e particolare come quello dell'ASP di Messina, con 107 comuni con caratteristiche diverse, ricadono 8 Distretti Sanitari (Taormina, Milazzo, Barcellona P.G., Patti, S. Agata Militello) di cui due con meno di 20.000 abitanti (Lipari e Mistretta) ed uno è di circa 300.000 (Messina).

Il Distretto, secondo l'art. 12 della L.R. n. 05/2009, è l'articolazione territoriale dell'Azienda all'interno della quale, attraverso le strutture, i dipartimenti i servizi ed i presidi territoriali di assistenza, sono erogate le prestazioni in materia di prevenzione individuale o collettiva,

diagnosi, cura, riabilitazione ed educazione sanitaria della popolazione, che per le loro caratteristiche devono essere garantite in maniera diffusa ed omogenea sul territorio.

Il Distretto ha la responsabilità dell'insieme dei servizi necessari a garantire la salute della popolazione presente sul territorio, e provvede ad organizzare l'erogazione, secondo criteri di equità, accessibilità, appropriatezza, dei servizi di tipo sanitario territoriali coordinandoli ed integrandoli con quelli ospedalieri.

I Distretti Sanitari gestiscono direttamente i PTA e le strutture ricadenti nel loro ambito territoriale utilizzando le risorse loro assegnate e quelle dei Dipartimenti strutturali operanti sul territorio con l'obiettivo di assicurare ai propri residenti un'adeguata offerta di servizi. La Direzione dei PTA è affidata al Direttore del Distretto

L'ASP di Messina ha attivato i PTA presso i Distretti di S. Agata Militello e Tortorici, Mistretta, Barcellona P.G., Milazzo, Messina Sud e Lipari

I Presidi Territoriali di Assistenza garantiscono l'integrazione socio-sanitaria delle attività sanitarie di base, specialistiche territoriali con l'attività degli ospedali e delle aziende ospedaliere al fine di assicurare la continuità terapeutica, e l'integrazione con i servizi sociali, costituiscono una "forma organizzativa" attraverso la quale l'azienda sanitaria provinciale realizza gli obiettivi della programmazione socio-sanitaria sul suo territorio di riferimento.

All'interno di ogni PTA è costituito un PPI (Punto di Primo intervento) che funge da filtro per ridurre l'accesso al Pronto Soccorso per i casi non gravi (codici bianchi e verdi). Il Punto di primo intervento prevede un'apertura nelle 12 ore diurne ed è gestito sia da personale dipendente che da medici di assistenza primaria.

I PPI sono attivi in tutti i Distretti, escluso il Distretto di Lipari in quanto la Continuità Assistenziale è h. 24. Nel Distretto di Messina sono attivi Messina Nord e Messina Sud.

Nell'ambito dell'Accordo Integrativo Regionale PLS sono stati attivati n. 9 Punti di Primo Intervento Pediatrico al fine di garantire l'assistenza ambulatoriale alla fascia di popolazione pediatrica nelle ore diurne, n. 10 ore nei giorni prefestivi e 12 ore nei giorni festivi. Tale attività viene svolta prioritariamente all'interno del P.T.A. o del poliambulatorio distrettuale nelle fasce orarie in cui la popolazione pediatrica non può usufruire del pediatra di libera scelta. L'assistenza nei PPI-P è garantita dai PLS e da pediatri non convenzionati con il SSN.

Le articolazioni territoriali dei Dipartimenti strutturali trovano collocazione esclusivamente organizzativa nel Distretto, in quanto la gestione compete al Direttore del Dipartimento. Le articolazioni periferiche dei dipartimenti funzionali sono sottoposte alla gestione diretta del Direttore del Distretto, il quale realizza, nel proprio ambito di competenza territoriale, gli indirizzi e le linee guida operative formulate dal Direttore del Dipartimento cui afferiscono funzionalmente le UU.OO. per il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

L'area di integrazione tra il Distretto ed il Dipartimento strutturale di Prevenzione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari, la cui responsabilità tecnica fa capo al Direttore del Dipartimento mentre la loro realizzazione compete al Direttore di Distretto che si avvale dell'organizzazione e dei suoi operatori, in particolare dei medici di medicina generale.

Trovano inoltre collocazione nel Distretto le articolazioni organizzative del Dipartimento strutturale di Salute Mentale, le cui modalità operative d'integrazione professionale possono essere definite anche tramite specifici protocolli d'intesa.

Deve essere assicurata l'integrazione con il Dipartimento Funzionale delle Attività Socio Sanitarie, con modalità operative interaziendali definite anche da specifici protocolli di intesa.

Nel rapporto con l'Ospedale l'area di integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali ai fini della continuità assistenziale ed i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Le presenze degli operatori

ospedalieri nelle sedi distrettuali e degli operatori distrettuali nelle sedi ospedaliere sono programmate e formalizzate congiuntamente.

Infine, il Direttore del Distretto realizza l'interazione con i servizi e le UUOOS di Psicologia poste alle dipendenze della UOC di Psicologia, ai sensi dell'art. 15 della legge regionale n. 25/1996.

Il **Dipartimento delle Attività Socio Sanitarie** si occupa, specificatamente, delle problematiche di persone che, per età e/o a causa di situazioni di disabilità, si trovano in condizioni di fragilità e/o non autosufficienza. Gli interventi sono mirati alla persona ed al suo contesto di vita con la finalità di promuovere lo sviluppo ed il mantenimento delle risorse personali e tutelare i diritti all'integrazione nel sociale e si rivolgono alle persone ed alle famiglie che si trovano in uno stato di bisogno determinato da non autosufficienza dovuta all'età o a malattia, inabilità e disabilità, patologie terminali e croniche invalidanti.

Il Dipartimento delle Attività Socio Sanitarie assicura l'integrazione delle funzioni socio-sanitarie di rilievo sanitario attribuite all'ASP con quelle di natura socio-assistenziale demandate agli Enti Locali e al volontariato definendo le metodologie operative, armonizzando, orientando e promuovendo il raccordo tra interventi pubblici e privati garantiti sul territorio, oltre quelli a gestione diretta dell'Azienda Sanitaria Provinciale, coordinando ed integrandosi funzionalmente con le attività socio-sanitarie erogate in ambito territoriale dai singoli Distretti Sanitari.

Tale modello organizzativo concretizzato, almeno nella sua fase iniziale di sperimentazione, con la caratteristica del modello funzionale, si contraddistingue per la peculiarità della riqualificazione delle attività di intervento ai fini di tutelare le esigenze dei pazienti fragili e di quelli affetti da disabilità fisica, psichica e sensoriale.

➤ **Interventi per pazienti fragili**

L'U.O.C. Assistenza Pazienti Fragili ed Integrazione Socio-Sanitaria analizza la metodologia dei bisogni socio-sanitari con riferimento alla domanda di residenzialità e riabilitazione promuovendo i criteri di appropriatezza per l'accesso alle strutture residenziali/riabilitative, semiresidenziali/riabilitative, all'assistenza domiciliare per anziani e disabili e malati terminali. Gli interventi sanitari sono rivolti ad utenti portatori di patologie complesse o a decorso cronico e cronico invalidante che comportino diminuzione dell'autosufficienza e della capacità di gestire in modo autonomo gli atti della vita quotidiana e di relazione ed a pazienti affetti da patologie terminali.

A tale Unità Operativa Complessa sono demandate le seguenti funzioni: il Servizio Residenzialità Assistenziale pubblico e privato, la residenzialità Alzheimer, l'ADI e l'ADI oncologica, l'Hospice, il servizio protesi ed ausili per l'autonomia della persona, il servizio di assistenza agli emarginati, agli stranieri comunitari ed extracomunitari attraverso la programmazione dei servizi socio-sanitari in un'ottica di integrazione socio-assistenziale con gli Enti Locali per sviluppare attività di accoglienza, informazione ed orientamento, il coordinamento delle attività inerenti la disabilità gravissima, organizzazione dei PUA e coordinamento attività PUA - UVM.

➤ **Interventi per pazienti affetti da minorazioni fisica, psichica e sensoriale**

L'U.O.C. **Riabilitazione Adulti e Minori della Provincia** eroga direttamente, in funzione del setting riabilitativo per gli adulti dell'intera provincia (città compresa) ed i minori della provincia (città esclusa), presso le strutture ospedaliere dell'Azienda (Barcellona P.G.) gli ambulatori dedicati dell'ASP, prestazioni ambulatoriali di recupero e riabilitazioni funzionale (ex art. 25) e prestazioni definite di più elevata complessità proprio perché, per la globalità del trattamento sull'handicap, abbisognano di un approccio multidisciplinare multifattoriale

medico-psicologico-pedagogico (ex art. 26) sia ambulatoriali che domiciliari. Coordina le attività prescrittive, di accesso alle prestazioni, di valutazione delle terapie espletate riferite ai Centri di Riabilitazione privati (ex art. 26) contrattualizzati con l'ASP; interviene nelle dinamiche valutative degli utenti bisognevoli di Assistenza Domiciliare Integrata e nelle dinamiche terapeutiche riabilitative delle RSA pubbliche. A livello interaziendale definisce e valuta la gestione dei bisogni riabilitativi poststroke e delle lesioni cerebro-midollari.

L'U.O.C. Riabilitazione età evolutiva dell'area cittadina svolge attività verso gli utenti minori della città di Messina, mediante l'erogazione di prestazioni a valenza multidisciplinare in equipe presso strutture a gestione aziendale diretta; attività prescrittiva ed autorizzativa dei piani di trattamento riabilitativo per minori (ex art. 26).

Entrambe le strutture complesse competenti coordinano tutte le attività di recupero e riabilitazione funzionale finalizzate al conseguimento del massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali.

L'organizzazione delle attività di riabilitazione prevede, in funzione del setting riabilitativo, una assistenza riabilitativa sia ospedaliera che territoriale presso strutture territoriali pubbliche e private accreditate in funzione del diverso livello di complessità, mediante la predisposizione di un progetto clinico-riabilitativo individuale (PRI):

1. Spoke ospedaliero di degenza –Barcellona
2. Spoke ospedaliero di degenza –Lipari
3. Spoke territoriale.

Gli Spoke ospedalieri sono strutture di riabilitazione munite di degenza in grado di effettuare la presa in carico omnicomprensiva della persona con disabilità complessa. Operano in sostegno ed integrazione delle unità per acuti per la precoce identificazione del fabbisogno riabilitativo e per la definizione del percorso di cura. Lo Spoke territoriale è una struttura riabilitativa che opera nel territorio di competenza aziendale assicurando la gestione dei percorsi di deospedalizzazione e di reinserimento della persona affetta da disabilità attraverso la conduzione di interventi riabilitativi erogabili con modalità residenziale, ambulatoriale o domiciliare.

Il recente Decreto Assessoriale n.22/2019 ha indicato presso il Presidio di Mistretta due unità operative "Recupero e riabilitazione funzionale" con n° 14 posti letto R.O. e "Neuroriabilitazione" con n° 22 posti letto.

Il **Dipartimento del Farmaco** è un dipartimento funzionale che assicura l'integrazione tra ospedale e territorio. L'attività farmaceutica si espleta nell'ambito dell'assistenza distrettuale e dell'assistenza ospedaliera, per le competenze relative a:

- assistenza farmaceutica territoriale;
- vigilanza sulle farmacie e sui distributori intermedi di medicinali;
- informazione sul farmaco;
- farmacovigilanza;
- assistenza farmaceutica ospedaliera.

Il dipartimento del farmaco si articola in tre UU.OO.CC. caratterizzate dall'insieme delle competenze ed attività previste in materia farmaceutica dalla normativa vigente e nelle seguenti aree:

- **L'Area Assistenza Farmaceutica Territoriale** comprende l'U.O.C. Vigilanza sulle Farmacie Convenzionate e sui Distributori e l'U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale.
- **L'Area Assistenza Farmaceutica Ospedaliera** comprende le competenze ed attività in materia farmaceutica ospedaliera e i servizi di farmacia dei presidi ospedalieri.

Il **Dipartimento Materno-Infantile** è un dipartimento funzionale, struttura di coordinamento per lo svolgimento di funzioni complesse finalizzate alla tutela della salute della donna e del soggetto in età evolutiva dal periodo prenatale all'adolescenza nelle diverse fasi di vita.

Il Dipartimento indirizza le attività delle UU.OO. che lo compongono verso il miglioramento della qualità degli interventi, garantendone l'appropriatezza, l'interdisciplinarietà e la continuità, nella logica anche dell'integrazione socio-sanitaria.

Il Dipartimento è articolato in Unità Operative, ospedaliere e territoriali, coinvolte nella salvaguardia della salute della donna in tutte le fasi della vita e dei soggetti in età pediatrica, il personale di tali strutture, pur mantenendo l'appartenenza alla U.O. alla quale è assegnato, opera in un sistema organizzativo caratterizzato dalla massima integrazione, ai fini del perseguimento di livelli assistenziali appropriati ed uniformi che afferiscono all'organizzazione dipartimentale.

Afferiscono al Dipartimento Materno Infantile, le attività consultoriali coordinate dall'U.O.C. Coordinamento Attività Consultoriali.

Le UU.OO. ospedaliere (Pediatria, Neonatologia, UTIN, Ostetricia e Ginecologia) hanno compiti di diagnosi e cura.

Le UU.OO. territoriali (Consultori familiari) hanno compiti di prevenzione, cure primarie, riabilitazione ed integrazione tra interventi sanitari e socio-assistenziali. I Consultori Familiari offrono un servizio che risponde ai bisogni di salute, d'informazione sanitaria, d'educazione sessuale, di benessere psicologico di donne, uomini, coppie e famiglie.

Presso ogni Distretto Sanitario operano più equipe che assicurano attività ambulatoriale nel territorio di riferimento.

Il **Dipartimento Cure Ospedaliere** è un dipartimento di tipo funzionale con compiti di produzione di servizi sanitari sul territorio dell'Azienda. Il Dipartimento assicura l'omogeneità dell'intervento sanitario, in considerazione della complessità sia della rete ospedaliera a gestione diretta dell'ASP e della rete dei privati accreditati e convenzionati con l'Azienda, sia per le caratteristiche del territorio.

Il Dipartimento ha compiti di indirizzo, coordinamento e verifica dei modelli organizzativi sottesi all'erogazione delle attività rese in regime di ricovero dalle strutture pubbliche e convenzionate.

Il Dipartimento è costituito dalle seguenti strutture che rivestono un ruolo centrale di natura strategica nei percorsi assistenziali, sia in elezione che in emergenza:

U.O.S D. Direzione Medica Ospedale S. Agata M.Ilo

U.O.S.D. Direzione Medica Ospedale Patti

U.O.C. Direzione Medica Ospedale Milazzo con U.O.S. Direzione medica Ospedale Lipari

U.O.S.D. Direzione Medica Barcellona P.G.

U.O.C. Direzione Medica Ospedale Taormina

U.O.C. Ospedalità Privata

La responsabilità igienico-organizzativa dell'Ospedale di Mistretta è affidata al responsabile della UOSD Direzione Medica di Presidio di S. Agata Militello.

Il supporto al governo complessivo dell'attività amministrativa ai Presidi è assicurato dalla Direzione Amministrativa, sulla base delle direttive generali provenienti dalla Direzione dell'Azienda, delle attività amministrative economiche e tecniche relative agli ospedali, anche attraverso il coordinamento ed il raccordo con gli uffici amministrativi centrali e periferici delle procedure amministrative di competenza.

I Presidi Ospedalieri dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina sono inseriti nella rete regionale che classifica gli ospedali secondo tipologie diversificate in relazione ai differenti profili di offerta distinguendo, altresì, tra ospedali che svolgono in tutto o in parte funzioni di

HUB, da quelli con funzioni di Spoke, in base anche ai bacini di utenza intesi come ambiti di programmazione sovraziendali, in rapporto alla topografia del territorio.

Attraverso tale formula è possibile:

- realizzare una reciproca interazione, preservando l'autonomia organizzativa in modo da rispondere alle necessità di intervento secondo livelli di capacità crescenti in base alla complessità, alle competenze del personale ed alle risorse disponibili.
- integrazione strutturale, non solo funzionale, tra i presidi ospedalieri riuniti con piena circolarità delle risorse umane tra i presidi.
- facilitare la costruzione e la gestione di "percorsi assistenziali" tra i vari presidi e tra questi e i servizi territoriali.
- razionalizzare e determinare una maggiore efficienza del sistema.
- dare corpo ad una diversificazione dell'offerta tra i presidi del distretto, esaltando le competenze distintive dei singoli presidi.

Nella provincia di Messina (Bacino 2) l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico è stata individuata quale Centro HUB-DEA II. I Centri SPOKE-DEA I- sono il PO "S.Vincenzo" di Taormina, il PO di "Generale" di Milazzo, AO. Bonino Pulejo-Piemonte e A.O. Papardo. I Presidi Ospedalieri di Base sono i PP.OO. "Barone Romeo" di Patti, "Cutroni Zodda" di Barcellona P.G. e "Generale" di S. Agata Militello. I PS Zona Disagiata sono i PP.OO. "Civile" di Lipari e "S.Salvatore" di Mistretta.

È previsto dal DA n.22 dell'11.1.2019, in ottemperanza al DM 70/2015, un SISTEMA DI RETI.

Le Reti Assistenziali sono un valido strumento di implementazione dei percorsi diagnostico-terapeutici, in coerenza con le strategie della Regione di recupero e cura dell'appropriatezza e di controllo degli sprechi. Il modello delle reti integrate, inoltre, prevede che ad una determinata soglia di complessità, si trasferisca la sede dell'assistenza da unità ospedaliere periferiche ad unità centrali di riferimento ad elevata complessità organizzativa (hub). Le unità periferiche (spoke) non vengono espropriate sotto il profilo professionale e culturale in quanto partecipano alla gestione globale del paziente garantendone la selezione, l'invio e la ripresa in carico per il follow-up in cronico.

Il Presidio Ospedaliero è un'articolazione organizzativa dell'Azienda, comprendente tutte le strutture aziendali in cui si svolgono le funzioni di assistenza ospedaliera previste dalla programmazione regionale e locale, destinate a persone affette da patologie in fase acuta e post acuta che per gravità, complessità o intensità delle cure non possono essere trattate nell'ambito dei servizi territoriali. Nel proprio interno persegue un'azione diagnostico - terapeutica improntata alla continuità assistenziale, promuove e presidia la qualità dei servizi e dell'erogazione delle prestazioni, nonché la loro appropriatezza.

Il complesso processo di trasformazione ed efficientamento della rete ospedaliera dell'ASP di Messina, come previsto dal c.d. "decreto Balduzzi", troverà attuazione in diverse fasi di avanzamento temporalmente programmate nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera nel rispetto del cronoprogramma di cui al DA n.22/2019.

Servizi Amministrativi e Tecnici

I Servizi amministrativi, organizzati in n. 2 Dipartimenti, garantiscono - secondo criteri tecnico professionali autonomamente definiti dagli stessi Servizi - il supporto alla attività di produzione di prestazioni sanitarie del Distretto, dei Presidi Ospedalieri e dei Dipartimenti.

La funzione amministrativa, tecnica e logistica dipende direttamente dal Direttore Amministrativo, anche tramite i Direttori di Dipartimento, che assicurerà il coordinamento delle varie strutture.

La struttura organizzativa per l'esercizio della funzione amministrativa è formata dalle seguenti Unità Operative Complesse:

- **Gestione Personale Dipendente:** svolge funzioni di acquisizione e gestione contrattuale ed amministrazione giuridico-economica delle risorse umane, elabora progetti di sviluppo e miglioramento organizzativo, cura lo stato giuridico, il trattamento economico e gli aspetti previdenziali e di quiescenza del personale dipendente, gestisce lo sviluppo delle risorse umane, monitora la spesa del personale, gestisce l'allocazione del personale per CRIL/Centri di Costo, stima e gestione dinamica dei fabbisogni di personale per le varie UU.OO., gestisce il sistema di valutazione permanente dei dirigenti e supporto all'attività dei collegi tecnici, gestisce le relazioni sindacali, garantisce la rispondenza ai flussi informativi ed al debito informativo regionale di competenza.
- **Affari Generali:** con compiti di protocollo generale, archivio e gestione atti; supporta e vigila la corretta osservanza della normativa sulla privacy ferme restando le competenze del DPO; supporta l'attività amministrativa nelle controversie civili, amministrative, di lavoro e commerciali; garantisce la rappresentanza processuale e del patrocinio processuale e del patrocinio dell'Azienda nelle diverse giurisdizioni nelle varie fasi e gradi di giudizio e nelle cause in cui l'Azienda è parte in causa; liquida le parcelle degli avvocati esterni; gestisce l'ufficio sanzioni amministrative competente a ricevere il rapporto di cui all'art. 17 L. n. 689/1981 in materia di sicurezza alimentare, le attività istruttorie al CAVS e predispone le convenzioni a carattere speciale con i soggetti esterni; cura gli affari generali; gestisce i contratti assicurativi e le procedure in autoassicurazione anche tramite le funzioni espletate dall'ufficio sinistri.
- **Economico Finanziario e Patrimoniale:** redazione di bilanci (preventivi e di esercizio), contabilizzazione del ciclo attivo (entrate), contabilità generale ed analitica, adempimenti fiscali e tributari, cessione crediti, rispondenza ai flussi informativi ed al debito informativo regionale di competenza, contabilità clienti e contabilità fornitori, ordinativi di pagamento, tenuta registri obbligatori, verifica trimestrale di cassa, fatturazione elettronica, attività libero professionale, rapporti con l'Istituto Tesoriere.
- **Patrimonio:** gestione del patrimonio (autorizzazione, esecuzione e contabilizzazione delle transazioni); acquisizione del bene, relativa attività di inventariazione iniziale; inventariazione
- ciclica; cessioni/dismissioni del bene; trattamento contabile relativo ai cespiti; tenuta del libro dell'inventario; gestione delle locazioni attive e passive; gestione dei cespiti aziendali.
- **Tecnico:** provvede alla progettazione delle opere edili; assicura la direzione dei lavori e la vigilanza; vigila sui progetti affidati all'esterno; assicura la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio mobiliare ed immobiliare, nonché l'installazione e la manutenzione degli impianti; controlla e verifica degli impianti e relativo risparmio energetico; ha la responsabilità e la cura degli aspetti strutturali ed alberghieri dell'ospedale e dei presidi rivolti direttamente all'utenza – sportelli di accoglienza, segnaletica, trasporti interni, qualità dell'immobile, servizi alberghieri, etc.; svolge un'attività centrale rispetto alla qualità percepita;
- **Provveditorato:** acquisizione di beni e servizi, svolgimento delle procedure di gara, emissione degli ordinativi di acquisto, gestione contratti, attività di ufficiale rogante, pagamento dei fornitori di beni e servizi, gestione del fondo economale, gestione autoparco aziendale, manutenzione dei beni mobili, supporto attivo alle attività di contenzioso su gare, contratti ed appalti, gestione magazzino aziendale, gestione rispondenza ai flussi informativi ed al debito informativo regionale di competenza.

- **Gestione Personale Convenzionato:** ha il compito di rendere organiche, coerenti, efficienti ed omogenee le procedure amministrative dei Distretti Sanitari; gestione diretta di attività per rendere omogenea l'erogazione dei servizi o i sistemi informatici; ha la responsabilità e cura gli aspetti normativi, giuridici ed economici del personale convenzionato, le convenzioni di Medicina Generale e Pediatria, i rapporti con i Medici Specialisti ed i Medici di Continuità Assistenziale e SUEM 118, gestisce le graduatorie regionali MMG/PLS/MCA/118, gestisce la graduatoria aziendale degli incarichi di supplenza MCA, rilascia stati di servizio, organizza e gestisce corsi di formazione per MMG/PLS/MCA, negozia il budget nelle forme e nei modi stabiliti dalla normativa contrattuale con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, assicura la rispondenza ai flussi informativi ed al debito informativo regionale di competenza.
- **Acquisizione Prestazioni Sanitarie:** attività relative alla contrattazione budget annuale delle singole strutture accreditate, verifica amministrativo contabile delle attività delle strutture accreditate e relative certificazioni e pagamenti, svolge la funzione fondamentale, attraverso la negoziazione delle prestazioni con gli erogatori privati accreditati (case di cura, strutture riabilitative, strutture specialistiche ambulatoriali, strutture per l'assistenza mentale ...) per la razionalizzazione delle risorse economiche di un'azienda territoriale. Elabora la contrattualistica con erogatori di prestazioni sanitarie e socio sanitarie in ordine a volume, tipologia, tariffa e modalità di erogazione; verifica gli importi di budget; convoca le strutture per la sottoscrizione del contratto con la Direzione Aziendale; svolge l'attività necessaria al pagamento delle spettanze a favore delle strutture erogatrici.

Inoltre, come sopra riportato, sono state individuate, in coerenza con le direzioni mediche di presidio ospedaliero e alle dirette dipendenze del Direttore Amministrativo, le seguenti UU.OO.:

- UOC Direzione Amministrativa Ospedale Taormina;
- UOC Direzione Amministrativa Ospedali Milazzo – Lipari;
- UOC Direzione Amministrativa Ospedali Patti – S. Agata Militello – Mistretta;
- UOS Gestione Amministrativa Ospedale Barcellona P.G..

Il modello per l'area dei servizi Amministrativi e Tecnici è organizzato in due Dipartimenti funzionali.

Il Dipartimento "Risorse Tecnologiche e Finanziarie", cui afferiscono le Strutture Complesse "Provveditorato", "Tecnico", "Economico Finanziario" e "Acquisizione Prestazioni Sanitarie".

Il Dipartimento "Risorse Umane Sviluppo Organizzativo, Affari Generali e Patrimonio", cui afferiscono le Strutture Complesse "Gestione Personale Dipendente", "Affari Generali", "Gestione Personale Convenzionato" e "Patrimonio".

UU.OO.CC che dipendono direttamente dalla Direzione Generale

Coordinamento di Staff

La Direzione Aziendale, a sostegno delle attività tipiche di governo strategico, si avvale di unità operative, in conformità alle previsioni dell'atto di indirizzo della Regione Sicilia, che sono parte integrante delle funzioni riferite ai processi di tutta l'organizzazione Aziendale, collocate in posizione di staff alla Direzione Aziendale.

Lo Staff si compone di articolazioni organizzative o funzionali di supporto che presiedono a specifiche attività, ivi compresi i rapporti inter istituzionali e di comunicazione.

L'ASP ha individuato uno staff dedicato ad aree fortemente innovative, le attività di staff si connotano per la loro funzione di supporto ai processi decisionali e sono: relazioni con il

pubblico ed informazione, accoglienza, tutela, partecipazione, formazione del personale, area della comunicazione, ufficio stampa, internalizzazione e ricerca sanitaria, gestione della qualità e del rischio clinico, ispezione, verifiche ed incompatibilità.

Servizio Legale-Avvocatura

In diretta ed esclusiva connessione alla Direzione Generale, opera l'Unità Operativa Complessa, Servizio Legale-Avvocatura. La struttura opera secondo i principi della legge professionale e riveste un ruolo di rilievo nel panorama delle attività strategiche dell'ASP in quanto ad essa spetta normalmente la rappresentanza, il patrocinio e l'assistenza in giudizio dell'Azienda innanzi a tutte le giurisdizioni, ivi comprese le sedi di risoluzione alternativa delle controversie e provvede a rendere attività di consulenza, anche mediante l'espressione di pareri legali e di indirizzo alla Direzione Aziendale ed ad ogni altro organo (CAVS etc...) o soggetto legittimato alla relativa richiesta.

Internal Audit

È collocata in Direzione Generale l'Unità Operativa Semplice Internal Audit, con competente connesse all'implementazione dei Percorsi di Certificabilità (PAC) del bilancio.

L'Internal Audit è un'attività indipendente ed obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione.

L'istituzione della funzione di Audit all'interno dell'organizzazione delle Aziende Sanitarie è un obbligo normativo previsto nel Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci (P.A.C.). L'Internal Auditor svolge integralmente la funzione di presidio del sistema di controllo interno, assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi che genera valore aggiunto finalizzato a migliorare e valutare i processi di controllo, di gestione dei rischi e di governo dell'Azienda.

Energy Management Aziendale

Opera presso la Direzione Generale, in diretta ed esclusiva connessione, l'Unità Operativa Semplice Energy Management Aziendale, per fornire il necessario supporto in merito al migliore utilizzo dell'energia nelle strutture dell'Azienda. Competono all'Energy Manager le scelte strategiche di politica energetica, contratti di Servizio Gestione Energia, monitoraggio dei consumi energetici e idrici, monitoraggio dei consumi della flotta aziendale, gestione delle tematiche energetiche del patrimonio aziendale, formazione de personale in materia di risparmio energetico, implementazione di un Sistema di Gestione Energia ISO 5001, gestione autoparco aziendale.

Servizio Prevenzione e Protezione

Il Servizio Prevenzione e Protezione in ossequio alle "Linee Guida per il Regolamento Aziendale per l'organizzazione e la gestione della sicurezza e salute nelle Azienda Sanitarie della Regione Siciliana ai sensi del D.Lgs. 81/08 e s.m. e i." di cui alla Circolare Assessoriale n. 1292 /2012, si occupa della progettazione, implementazione e mantenimento del Sistema di Gestione della Salute e Sicurezza sul Lavoro (SGSSL) al fine di una sempre maggiore integrazione della sicurezza nella mission aziendale per il raggiungimento degli obiettivi di salute e sicurezza.

Servizio Psicologia

L'UOC Servizio di Psicologia, di cui all'art.15 della L.R. n.25 del 6/4/96, articolata nelle due Unità operative semplici UOS Attività di Salute Mentale e UOS Attività Consultoriali, è alle dirette dipendenze del Direttore Generale con competenza di coordinamento, organizzazione e di gestione delle attività psicologiche dell'Azienda, al fine di garantire una sempre più efficiente integrazione con i Distretti, i Dipartimenti ed i Presidi Ospedalieri ed Ospedali Riuniti per il raggiungimento degli obiettivi di salute e benessere psicologico degli aventi bisogno

Il Servizio di Psicologia, quindi, svolge i compiti e funzioni di cui al D.A. 25/6/97 che approva la Circolare 25/6/97 n.932, pubblicato sulla GURS n.16 del 31/3/98 e anche attraverso le strutture distrettuali, attività di consulenza psicologica su committenza dell'Autorità Giudiziaria.

Ufficio per la Protezione dei Dati personali

Nell'ambito della Direzione Generale e in ottemperanza alle disposizioni normative in materia (D.Lgs. 196/2003, D.Lgs. n.101/2018) è allocato "l'Ufficio per la Protezione dei Dati personali" cui è assegnato personale interno di supporto tecnico/amministrativo.

Il coordinamento dell'Ufficio è affidato al Responsabile – Data Protection Officer – DPO (in atto consulente esterno dell'ASP).

Controllo di gestione e sistemi informativi aziendali

I compiti assegnati all'U.O.C. Controllo di gestione e sistemi informativi aziendali, posta alle dirette dipendenze della Direzione aziendale, superano i vincoli legati alla separazione convenzionale tra ruolo sanitario, amministrativo e tecnico. Le funzioni sono volte a valorizzare ed implementare i processi di governance aziendale e la conseguente posizione dirigenziale del Controllo di Gestione e Sistemi Informativi Aziendali sono legate a competenze di altissima specializzazione ed a esperienze acquisite nelle materie specifiche di programmazione, controllo e gestione aziendale, competenze statistiche, epidemiologiche ed informatiche.

L' U.O.C. Controllo di gestione e sistemi informativi aziendali si occupa dello sviluppo del piano aziendale di raccolta ed analisi dei dati sanitari provenienti dalle strutture interne; analisi dei dati epidemiologici relativi allo stato di salute della popolazione; programmazione, pianificazione e gestione del patrimonio informatico, di trasmissione dati e telefonico.

Alla Direzione Generale afferisce anche il **Servizio di Ingegneria Clinica**.

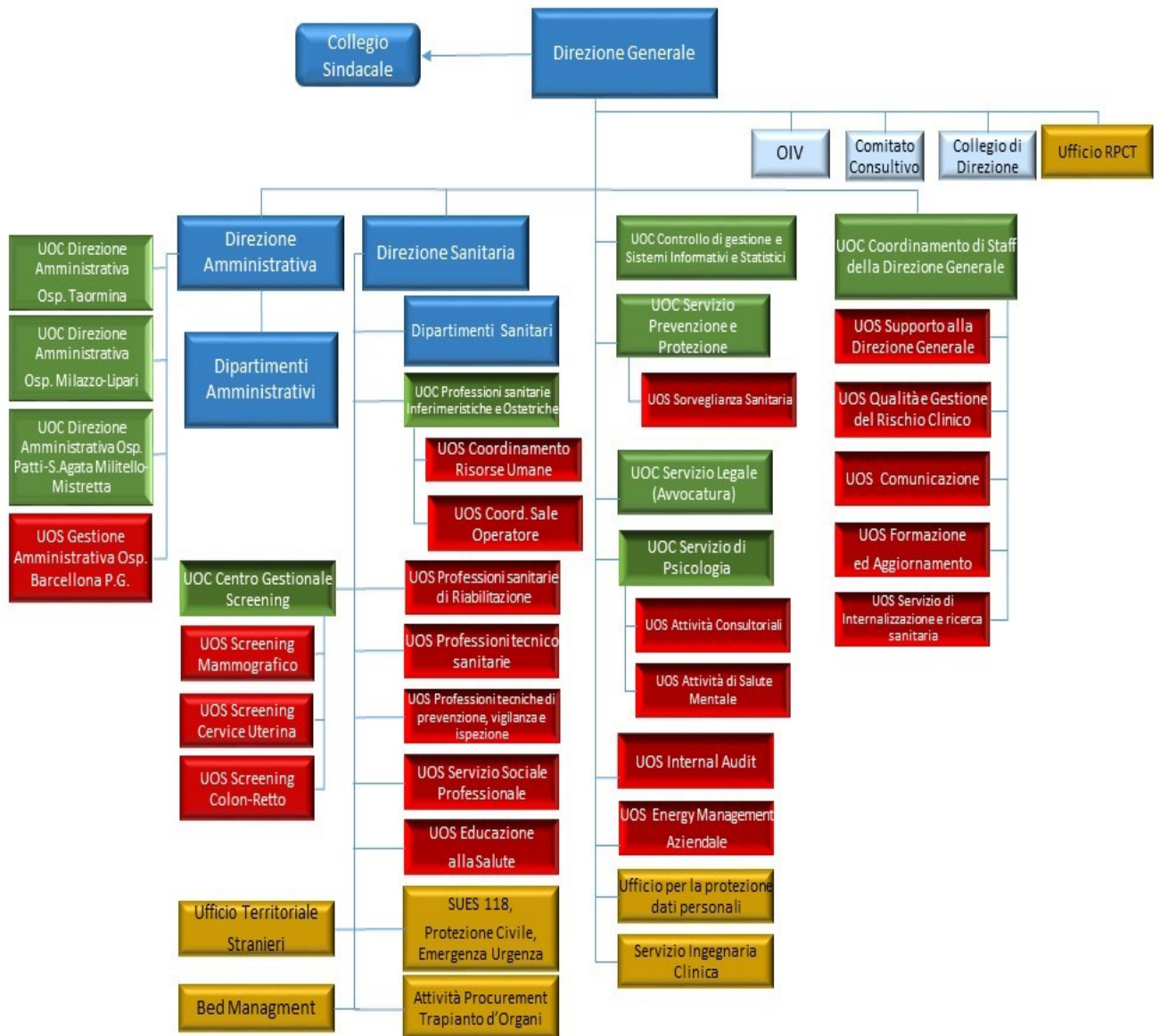
Servizi dipendenti dalla Direzione Sanitaria

- **UOC delle professioni sanitarie infermieristiche ed ostetriche con UOS Coordinamento risorse umane e UOS Coordinamento delle sale operatorie**
- **UOS Professioni sanitarie di Riabilitazione**
- **UOS Professioni tecnico sanitarie**
- **UOS professioni tecniche di prevenzione, vigilanza e ispezione**
- **UOS Servizio sociale professionale**
- **UOS Educazione alla Salute**
- **U.O.C. Centro Gestionale Screening**, a cui è affidata tutta la fase preliminare di organizzazione e di raccolta dei dati, la gestione effettiva delle attività di 1° e 2° livello, nonché il coordinamento e la verifica del 3° livello, attraverso i Centri Operativi uno per

ciascuno dei tre screening oncologici, organizzate in strutture semplici - UU.OO.SS. - a cui compete la produzione della prestazione: **Screening mammografico, Screening cervice uterina e Screening colon retto.**

- **Attività di procurement per il trapianto d'organi** (incarico dirigenziale di altissima professionalità) da porsi in raccordo con l'istituendo Dipartimento Regionale Interaziendale ad indirizzo trapiantologico.
- **Bed Management** – funzione aziendale prevista per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di Pronto Soccorso e prevenire le conseguenze negative ed eventuali eventi avversi, e per favorire il governo dei flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale e pianificare la logistica dei posti letto dall'ingresso al Pronto Soccorso fino al ricovero nei reparti di degenza. Il "bed manager" è dotato di competenze specifiche, oltre che cliniche, anche in ambito relazionale e manageriale, e avrà cura di assicurare, con il supporto di adeguati sistemi informatici a rete, la corretta gestione del flusso dei pazienti con l'obiettivo specifico di evitarne disagi e soprattutto il prolungato ed ingiustificato stazionamento in Pronto Soccorso.
- **Ufficio Territoriale Stranieri**– cura l'attività prevista nel D.A. 17.10.2012 "Linee Guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri (extracomunitari e comunitari) della regione Siciliana" (GURS n.48 del 9.11.2012) e di coordinamento con "Adozione piano di contingenza regionale migranti 2017" di cui al D.A. 6.7.2017 (GURS n.31 del 28.7.2017).
- **Servizio SUE 118** - Cura i rapporti con le Centrali Operative/ servizio regionale del SUES-118 per gli aspetti organizzativi e funzionali della emergenza sanitaria territoriali coordinando al contempo le attività di integrazione territorio ospedale della emergenza-urgenza al fine di una reale continuità dell'assistenza, nell'ambito di quanto previsto nel D.M 70 del 2 aprile 2015 (G.U. 4 giugno 2015, n. 127). Opera nel campo della protezione civile per le attività finalizzate ai compiti d'istituto previsti dalla normativa di riferimento.

Lo schema sotto riportato corrisponde a quanto descritto e previsto dal nuovo Atto Aziendale, approvato con D.A. n. 112 del 19.02.2020 e adottato con delibera 558/DG del 2.3.2020:



Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile prende avvio dalla Legge 7 agosto 2015, n.124 *"Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* – c.d. riforma Madia – che ha costituito il momento di inizio verso una progressiva apertura nel pubblico impiego a forme alternative e flessibili di rapporto di lavoro, ispirate inizialmente dall'obiettivo di conciliare i tempi di vita ed i tempi di lavoro, anche al fine di tutelare le cure parentali. Infatti, l'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n.124 prevede che le amministrazioni *"adottano misure organizzative volte a fissare obiettivi annuali per l'attuazione del telelavoro e del lavoro agile e per la sperimentazione, anche al fine di tutelare le cure parentali, di nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa che permettano, entro tre anni, ad almeno il 10 per cento (modificato al 15%) dei dipendenti, ove lo richiedano, di avvalersi di tali modalità, garantendo che i dipendenti che se ne avvalgono non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera"*. La norma prevede che *"l'adozione delle misure organizzative e il raggiungimento degli obiettivi suddetti costituiscono oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della performance organizzativa e individuale all'interno delle amministrazioni pubbliche"*. Le amministrazioni pubbliche dovevano adeguare altresì i propri sistemi di monitoraggio e controllo interno, individuando specifici indicatori per la verifica dell'impatto sull'efficacia e sull'efficienza dell'azione amministrativa, *"nonché sulla qualità dei servizi erogati, delle misure organizzative adottate in tema di conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative"*.

Nell'ambito della propria autonomia organizzativa, tale disposizione ha consentito a ciascuna Amministrazione Pubblica di individuare le modalità innovative, alternative al telelavoro, più adeguate rispetto alla propria organizzazione, fermo restando il rispetto delle norme e dei principi in tema di sicurezza sul luogo di lavoro, tutela della riservatezza dei dati e verifica dell'adempimento della prestazione lavorativa.

Sulla scia della Legge 124/2015 veniva emanata la Legge 22 maggio 2017, n.81, recante *"Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato"* definendo il lavoro agile quale *"...modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato stabilita mediante accordo tra le parti, anche con forme di organizzazione per fasi, cicli e obiettivi e senza precisi vincoli di orario o di luogo di lavoro, con il possibile utilizzo di strumenti tecnologici per lo svolgimento dell'attività lavorativa. Si prevede che la prestazione lavorativa debba essere eseguita in parte all'interno di locali aziendali e in parte all'esterno senza una posizione fissa, entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale, derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva"*. Inoltre, si prevedeva l'estensione del lavoro agile anche al pubblico impiego, in quanto compatibile *"nei rapporti di lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, secondo le direttive emanate anche ai sensi dell'articolo 14 della legge 7 agosto 2015, n. 124, e fatta salva l'applicazione delle diverse disposizioni specificamente adottate per tali rapporti"*.

In attuazione di tali norme il 3 giugno 2017 il Dipartimento della Funzione pubblica ha adottato la direttiva n. 3/2017 – recante le linee guida sul lavoro agile nella PA – che è divenuto il principale riferimento per la disciplina del lavoro agile nella PA prima dell'emergenza COVID-19.

Tuttavia, per lungo tempo, le disposizioni riguardanti il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione sono rimaste inattuata o poco considerate.

A seguito della situazione pandemica dettata dall'emergenza sanitaria COVID-19, le pubbliche amministrazioni si sono viste costrette repentinamente ad adottare una serie di misure efficaci a contenere la diffusione del virus. Con lo stravolgimento dell'intero sistema delle relazioni sociali e con l'imposizione del distanziamento sociale e fisico, sorge all'improvviso la necessità di apportare profonde modifiche anche alle modalità di svolgimento della prestazione lavorativa e, pertanto, al fine di garantire la tutela della salute dei cittadini e dei lavoratori, dal mese di marzo 2020 il lavoro agile nella Pubblica Amministrazione subisce una brusca accelerata.

Con Decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante *"Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"* di modifica al richiamato articolo 14 della Legge n.124/2015 si supera il regime sperimentale dell'obbligo per le amministrazioni di adottare misure organizzative per il ricorso a nuove modalità spazio-temporali di svolgimento della prestazione lavorativa con la conseguenza che la misura operasse a regime.

Il lavoro agile sarebbe dovuto diventare una modalità necessitata ed ordinaria di svolgimento della prestazione lavorativa con una disciplina sostanzialmente derogatoria rispetto alle previsioni contenute nella Legge n. 81/2017 prevedendo la possibilità di prescindere dalla stipula degli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dalla legge 22 maggio 2017, n. 81.

In data 17 marzo 2020 con decreto-legge n. 18 *"Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"* l'art. 87 (come modificato dal decreto legge 14 agosto 2020, n.104) ha previsto che *"fino alla cessazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, ovvero fino ad una data antecedente stabilita con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, il lavoro agile è una delle modalità ordinarie di svolgimento della prestazione lavorativa nelle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.* Conseguentemente le amministrazioni:

a) limitano la presenza del personale negli uffici per assicurare esclusivamente le attività che ritengono indifferibili e che richiedono necessariamente la presenza sul luogo di lavoro, anche in ragione della gestione dell'emergenza;

b) prescindono dagli accordi individuali e dagli obblighi informativi previsti dagli articoli da 18 a 23, della legge 22 maggio 2017, n. 81". La norma prevede che la prestazione lavorativa in lavoro agile può essere svolta anche attraverso strumenti informatici nella disponibilità del dipendente qualora non siano forniti dall'amministrazione.

Il Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 *"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19"*, convertito con modificazioni con Legge 17 luglio 2020 n.77, ha disposto all'art. 263 comma 4-bis che *"entro il 31 gennaio di ciascun anno, le amministrazioni pubbliche redigono, sentite le organizzazioni sindacali, il Piano organizzativo del lavoro agile (POLA), quale sezione del documento di cui all'articolo 10, comma 1 lettera a), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Il POLA individua le modalità attuative del lavoro agile prevedendo che, per le attività che possono essere svolte in modalità agile, almeno il 60 per cento dei dipendenti possa avvalersene, garantendo che gli stessi non subiscano penalizzazioni ai fini del riconoscimento di professionalità e della progressione di carriera, e definisce, altresì, le misure organizzative, i requisiti tecnologici, i percorsi formativi del personale, anche dirigenziale, e gli strumenti di rilevazione e di verifica periodica dei risultati conseguiti, anche in termini di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azione amministrativa, della digitalizzazione dei processi, nonché della qualità dei servizi erogati, anche coinvolgendo i cittadini, sia individualmente, sia nelle loro forme associative".*

L'obiettivo del Piano organizzativo del lavoro agile (POLA) è dunque la definizione della modalità agile quale modalità ordinaria del lavoro all'interno delle amministrazioni pubbliche con il coinvolgimento dei lavoratori, per tutte quelle attività che possono essere svolte nella modalità a distanza.

Inoltre, il legislatore con decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126 avente ad oggetto "*Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*" all'art. 21-bis e 21-ter ha disciplinato rispettivamente il lavoro agile e il congedo straordinario per i genitori durante il periodo di quarantena obbligatoria del figlio convivente per contatti scolastici nonché il lavoro agile per genitori con figli con disabilità.

Nell'ottica di disciplinare a regime il lavoro agile nell'ambito delle amministrazioni pubbliche il Ministro per la Pubblica Amministrazione in data 19 ottobre 2020 ha emanato un apposito decreto col quale sono state impartite ulteriori disposizioni attuative in applicazione della normativa sopra indicata. Successivamente, al fine di fornire specifiche direttive uniformi alle Pubbliche Amministrazioni, in ordine all'organizzazione e alla programmazione del lavoro agile, sono state emanate con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione datato 9 dicembre 2020, le Linee guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA).

Il presente documento - in applicazione dell'art. 263 comma 4-bis del DL. 34/2020 di modifica dell'art.14 della Legge 7 agosto 2015, n.124 è redatto secondo le disposizioni dettate dalle suindicate linee guida.

Obiettivi del lavoro agile

Con il lavoro agile l'ASP di Messina intende perseguire i seguenti obiettivi principali:

- Sviluppare maggior autonomia e senso di responsabilizzazione del dipendente nella produttività e nella qualità del lavoro.
- Agevolare la conciliazione dei tempi di vita privata e professionale, permettendo una maggiore soddisfazione e flessibilità nell'organizzazione del lavoro.
- Sviluppare e diffondere una cultura orientata ai risultati, anche attraverso il bilanciamento dell'uso delle tecnologie digitali con i tradizionali strumenti di collaborazione.
- Valorizzare le competenze del personale mediante la formazione delle tecnologie digitali, migliorando il benessere organizzativo.
- Promuovere l'inclusione lavorativa dei dipendenti in situazione di fragilità.
- Promuovere un miglioramento qualitativo dei servizi resi alla collettività in termini di efficienza ed efficacia.

Livello di attuazione e sviluppo

A causa del protrarsi dell'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del Covid-19 fino al 31 marzo 2022, l'ASP di Messina non ha ancora adottato un proprio Piano Organizzativo per il Lavoro Agile (POLA), così come previsto dall'art. 14, comma 1, legge 7 agosto 2015 n. 124, modificato dall'art. 263, comma 4-bis, del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77. Tale adempimento è comunque in fase di definizione, atteso anche il necessario coinvolgimento delle organizzazioni sindacali al riguardo. Nonostante ciò, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina ha posto in essere gli adempimenti necessari al fine di adeguarsi alla normativa vigente, tenendo conto delle misure organizzative e del raggiungimento degli obiettivi oggetto di valutazione nell'ambito dei percorsi di misurazione della *performance* organizzativa, in quanto tenuta al rispetto dei limiti imposti nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Con l'attività di *smart working*, eccezionalmente svolta nel periodo pandemico emergenziale, si è instaurata una fiducia reciproca tra Azienda e i lavoratori che, continuando a svolgere la prestazione lavorativa in una nuova modalità ma con lo stesso impegno profuso presso la sede di servizio, hanno certamente contribuito ad un'importante fase di test utile sia per la scrivente Azienda che per molti lavoratori.

Da considerare che nell'implementare e/o mantenere la modalità di *smart working* si dovrà certamente ponderare la misurazione della performance con l'individuazione di specifici indicatori di valutazione, i cosiddetti *Key Performance Indicators* (KPI), con specifici programmi di lavoro con obiettivi condivisi da raggiungere in un determinato periodo di tempo; il tutto anche attraverso relazioni periodiche che possano tracciare i flussi di lavoro.

Fin dall'emergere del periodo pandemico dovuto al Covid 19, l'ASP di Messina ha svolto attività di lavoro agile nel corso della prima e seconda "ondata", in attuazione del DPCM 11/03/2020. Sono state escluse dalle prestazioni lavorative in modalità agile le attività indifferibili da rendere in presenza con l'obiettivo primario volto a garantire il necessario supporto ai servizi di assistenza sia di tipo sanitario che socio sanitario e, si è altresì organizzata anche la modalità per la rotazione del personale al fine di garantire il distanziamento sociale ed interpersonale tra i lavoratori dipendenti.

Le attività si sono potute svolgere anche grazie ai controlli sia sulla presenza oraria che quelli routinari di merito sull'attività svolta da parte dei dirigenti, considerati responsabili di monitorare il corretto, efficiente ed efficace svolgimento dell'attività dei dipendenti. Infatti, con il lavoro agile, tuttavia, non viene meno né si attenua il potere/dovere di verifica del datore di lavoro. Permangono inoltre gli obblighi di diligenza e fedeltà di ciascun dipendente. La programmazione ed il confronto periodico tra colleghi sono utili sia per verificare l'andamento delle attività, sia per non alienarsi dal normale contesto lavorativo. La condivisione dei problemi e delle soluzioni può portare a migliorare il proprio modo di lavorare in modalità «agile».

Nella tabella sottostante vengono riportati i dati del personale in *smart working* presso l'ASP di Messina nell'anno 2021.

Qualifica Personale	Quantità
Assistente Amministrativo	23
Assistente Tecnico (Geometra)	1
Assistente Tecnico (Programmatore di C.E.D.)	8
Coadiutore Amministrativo	24
Collaboratore Amministrativo	67
Collaboratore Amministrativo Senior (art. 12 CCNL 2000/2001)	6
Collaboratore Professionale Ass.Sociale	1
Collaboratore Professionale Avvocato	2
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere) CAT. D	9
Collaboratore Tecnico Professionale (art. 12 CCNL 2000/2001)	2
Collaboratore Tecnico Programmatore	7
Commesso	1
Dirigente Amministrativo	2
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	2
Dirigente Medico	6
Lavoratori LSU	21
Collaboratore prof.le (tecnico sanitario)	1
Operatore Tecnico C.E.D. IV Liv. (art. 12 CCNL 2000/2001)	2

Operatore Tecnico IV Liv. (Magazziniere)	1
Operatore Tecnico IV Liv. (Operatore C.E.D.)	7
Operatore Tecnico Senior	1
Sociologo Dirigente	1
Veterinario Dirigente	1
TOTALE	196

Dai dati riportati in tabella si evince che corrisponde a n.196 il numero totale delle risorse umane che hanno svolto la prestazione lavorativa nella modalità del lavoro agile.

Modalità attuative

L'obiettivo del POLA, come è evidenziato nella norma, non è la percentuale di dipendenti in *smart working* ma l'incentivazione all'uso dei sistemi digitali per la risoluzione delle richieste dell'utenza portando anche ad una riorganizzazione degli spazi, con stimoli nuovi per i dipendenti.

Sulla base delle Linee Guida sul Piano Organizzativo del Lavoro Agile, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina sta provvedendo a disciplinare il lavoro agile secondo le linee guida del POLA, mediante una graduale elaborazione di un programma di sviluppo articolato in più fasi. La scelta sulla progressività e sulla gradualità dello sviluppo del lavoro agile è rimessa all'Amministrazione, che deve programmare l'attuazione tramite il POLA, fotografando una *baseline* e definendo i livelli attesi degli indicatori scelti per misurare le condizioni abilitanti, lo stato di implementazione, i contributi alla performance organizzativa e, infine, gli impatti attesi.

Gli *step* del programma di sviluppo della modalità lavorativa in argomento saranno articolati nel seguente modo:

- Una prima *fase di avvio*, che nella sostanza è già stata parzialmente testata nel periodo pandemico mediante l'utilizzo di basilari misure organizzative, con la necessaria implementazione delle attività da svolgere in modalità agile a seconda delle effettive dotazioni tecnologiche, ecc.; andranno altresì implementati e attuati i percorsi formativi delle risorse umane.
- Una seconda *fase di sviluppo intermedio*, con redazione di un apposito regolamento che preveda le specifiche azioni per la fattispecie sanitaria non contemplate nelle linee guida ministeriali.
- Una terza *fase di sviluppo avanzato*, con l'implementazione della modalità lavorativa in *smart working*, anche al fine del miglioramento dell'impatto ambientale ed economico generale andando ad evolvere verso un modello di adozione organico e funzionale a tutta l'Azienda indotto da una macroprogrammazione triennale che porti al coinvolgimento di tutti i settori e le UOC e che influenzi in modo determinante e innovativo il Piano della Performance implementando il lavoro agile con nuovi modelli organizzativi.

Gli effetti positivi attesi per l'implementazione del POLA potrebbero svilupparsi anche sull'innovazione e sui servizi che l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina si prefigge di offrire sul territorio.

Soggetti, processi e strumenti del lavoro agile

L'Amministrazione descrive in modo sintetico, per ciascuno dei soggetti coinvolti, il ruolo, le strutture, i processi, gli strumenti funzionali all'organizzazione e al monitoraggio del lavoro agile, avendo cura di evidenziare le interazioni tra i soggetti.

Dall'attività del POLA è quasi escluso dal lavoro agile il personale impiegato nei servizi direttamente coinvolti nella gestione dell'attività sanitaria e socio assistenziale a diretto contatto con i pazienti, e dei servizi direttamente a supporto delle predette attività. È escluso, inoltre, il personale medico, sanitario, amministrativo e tecnico che è impiegato in attività che prevedono l'utilizzo di strumentazione e documentazione non utilizzabile da remoto e/o la cui tipologia di attività svolta richiede la presenza fisica del dipendente nelle sedi dell'Azienda fatto salvo particolare azione disciplinata nel dettaglio dal dirigente o responsabile con rotazione mirata.

Lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità lavoro agile non muta gli obblighi, i doveri e i diritti né in capo al datore di lavoro né in capo al dipendente, in forza delle vigenti norme di legge, di contratto e delle disposizioni aziendali attualmente vigenti. In caso di ferie, malattia e qualunque altro tipo di assenza, il dipendente che svolge la prestazione lavorativa in modalità agile è tenuto a rispettare gli oneri di comunicazione e/o richiesta di autorizzazione previsti.

Programma di sviluppo del lavoro agile: fattori abilitanti.

Il POLA è volto a disciplinare la fruizione della modalità lavorativa "lavoro agile" quale modalità di organizzazione della prestazione lavorativa volta a promuovere:

1. dal punto di vista del Lavoratore, la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro e il miglioramento del benessere organizzativo;
2. dal punto di vista dell'Azienda, l'accrescimento della produttività e della qualità del lavoro oltre ad una maggior flessibilità organizzativa.

Va detto che la modalità applicativa del lavoro agile in un'Azienda Sanitaria ha delle caratteristiche ovviamente differenti rispetto ad altre Pubbliche Amministrazioni, non soltanto per la tipologia di attività che, nella stragrande maggioranza dei casi, richiede la presenza fisica dell'operatore sanitario, ma anche, nel caso specifico, per le dimensioni del territorio e per la complessità organizzativa dell'Azienda che naturalmente condizionano le modalità di applicazione. Peraltro, l'ASP di Messina è ancora in una fase di avvio sperimentale della modalità di lavoro agile.

La messa a regime dello strumento "lavoro agile" costituisce un'ulteriore leva organizzativa per il miglioramento dell'attività amministrativa dell'ASP di Messina, in coerenza con la finalità dell'Azienda di valorizzare il lavoro per obiettivi, come ormai il processo di budget ha da tempo stimolato a fare.

In linea di massima possono essere svolte in regime di lavoro agile le attività che:

1. siano eseguibili attraverso l'utilizzo di tecnologie informatiche;
2. possano essere svolte da remoto e tali da non richiedere la costante presenza fisica del lavoratore presso la sede di servizio;
3. prevedano l'utilizzo di documenti digitalizzabili;
4. richiedano una concentrazione o una creatività particolare per la loro esecuzione;
5. siano pianificabili e verificabili nell'esecuzione e nella misurazione dei risultati.

Ad oggi, presso l'ASP di Messina è stata già avviata con nota prot. n. 135057 del 29/10/2021 una mappatura dei processi, dei procedimenti amministrativi e delle attività di competenza dei diversi Settori che possono essere svolti in modalità agile.

Indicatori di salute dell'amministrazione abilitanti del lavoro agile.

Salute organizzativa

L'Azienda prevede di disciplinare il lavoro agile nel rispetto della normativa attualmente vigente, ponendo una particolare attenzione alle politiche relative alla valorizzazione delle risorse umane e alla razionalizzazione delle risorse strumentali disponibili nell'ottica di una maggiore produttività ed efficienza; valorizzando la responsabilizzazione del personale dirigente e non; ottimizzando la riprogettazione degli spazi di lavoro; promuovendo una più ampia diffusione dell'utilizzo delle tecnologie digitali; ottimizzando i sistemi di misurazione e valutazione della *performance* al fine di agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Salute professionale

In particolare, dovrà essere svolta:

1. La mappatura del personale e l'analisi dei relativi bisogni formativi.
2. L'analisi delle competenze direzionali in merito alla capacità di programmazione, coordinamento, misurazione e attitudine verso l'innovazione e l'utilizzo delle tecnologie digitali.
3. L'analisi delle competenze organizzative, ovvero la capacità di lavorare per obiettivi e per processi, e delle competenze digitali (familiarità e corretto utilizzo delle tecnologie informatiche a disposizione) delle risorse umane.

Salute digitale

I requisiti tecnologici che l'ASP di Messina intende adottare sono mirati a favorire lo sviluppo di una amministrazione digitale, attraverso la digitalizzazione dei processi, delle attività e dei servizi utilizzati. L'obiettivo principale è l'introduzione e la diffusione di nuove tecnologie digitali, incentivando la standardizzazione, l'innovazione e la sperimentazione nell'ambito dei servizi sanitari pubblici, cercando di introdurre nuove tecniche per consentire al personale di effettuare la propria prestazione lavorativa sia dall'interno delle sedi, sia in modalità lavoro agile, senza essere fisicamente presenti in sede e senza ridurre né l'efficienza e l'efficacia della prestazione lavorativa, né gli standard di sicurezza previsti.

Attualmente, per lo svolgimento del lavoro in modalità agile, le connessioni alla rete aziendale dell'ASP di Messina vengono effettuate tramite accessi protetti e crittografati utilizzando strumenti *forticlient*. Un volta effettuato l'accesso alla rete aziendale, gli utenti si autenticano agli applicativi per i quali sono stati abilitati.

Salute economico finanziaria

Nell'ambito della copertura economica e finanziaria, sarà necessario valutare sia i costi che gli investimenti fondamentali per sostenere:

1. i piani di sviluppo delle diverse risorse umane, anche per quanto attiene la formazione ed implementazione delle competenze organizzative e digitali, funzionali allo svolgimento del lavoro in modalità agile;
2. gli investimenti in digitalizzazione dei processi e delle procedure amministrative;
3. lo sviluppo delle tecnologie informatiche, dei sistemi informatici e delle dotazioni individuali.

Sistema di misurazione e valutazione della performance

Gli obiettivi di *performance* organizzativa rappresentano i traguardi che la struttura deve raggiungere nel suo complesso e al perseguimento dei quali tutti (Direttori, Dirigenti e personale) sono chiamati a contribuire. La misurazione della *performance* organizzativa è la

quantificazione del livello di raggiungimento dei risultati per gli obiettivi fissati. Si ricorre a diversi indicatori: quelli associati agli obiettivi strategici dell'Azienda Sanitaria e quelli attribuiti alle attività caratterizzanti di ciascuna Struttura e/o Servizio. In considerazione della rilevanza che riveste la scelta degli indicatori, l'impegno dell'ASP è rivolto al continuo miglioramento dell'adeguatezza degli indicatori utilizzati; a tale fine è importante il ruolo dell'OIV, grazie al cui coinvolgimento viene verificata l'adeguatezza degli indicatori scelti.

Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Per quanto concerne le strategie di copertura del fabbisogno, si fa rilevare che la nuova dotazione organica e il Piano del fabbisogno di personale sono ancora in fase di approvazione e conseguente adozione da parte di questa A.S.P., per cui esse potranno essere individuate solo successivamente.

A seguire si riporta il prospetto relativo alla consistenza del personale di questa A.S.P. al 31/12/2021.

	COM	INC	TIT	Totale complessivo
COMPARTO	35	281	3102	3418
Assistente Amministrativo	1		95	96
Assistente Tecnico (Geometra)		5	2	7
Assistente Tecnico (Programmatore di C.E.D.)			8	8
Assistente Tecnico Programmatore (art. 12 CCNL 2000/2001)			10	10
Ausiliario Specializzato			387	387
Coadiutore Amministrativo	1		128	129
Coadiutore Amministrativo Senior			3	3
Collaboratore Amministrativo		62	72	134
Collaboratore Amministrativo Senior			10	10
Collaboratore Prof.le Sanitario (Tecnico camera iperbarica)			1	1
Collaboratore Profess. Sanitario Senior (ex Capo Sala)			24	24
Collaboratore Professionale Ass.Sociale			41	41
Collaboratore Professionale Avvocato			3	3
Collaboratore Professionale San (Infermiere) Con Funz Coordinamento			12	12
Collaboratore Professionale Sanitario (Assistente Sanitario)			1	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Dietista ex Coord)			1	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Dietista)			4	4
Collaboratore Professionale Sanitario (fisioterapista)			77	77
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere pediatrico)			1	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere) CAT. D	18	109	1486	1613
Collaboratore Professionale Sanitario (Logopedista)			16	16
Collaboratore Professionale Sanitario (Ortottista)			8	8
Collaboratore Professionale Sanitario (Ostetrica ex Coord.)			5	5
Collaboratore Professionale Sanitario (Ostetrica)		4	55	59
Collaboratore Professionale Sanitario (Tec.neurofisiopatologia)			2	2
Collaboratore Professionale Sanitario (Tec.riab.psich.e psicos)	1	5	24	30
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecn. Prevenzione Amb. e luoghi di lavoro))			56	56
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecnico Audiometrista)			7	7
Collaboratore Professionale Sanitario (tecnico di fisiopatologia respiratoria)			1	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecnico di Laboratorio Medico)	4	14	97	115
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecnico di Radiologia Medica)	1	9	107	117
Collaboratore Professionale Sanitario (Terap.neuro psi.eta evolutiva)			10	10
Collaboratore Professionale Sanitario Capo Sala (ex Infermiere)			4	4
Collaboratore Tecnico Professionale (art. 12 CCNL 2000/2001)			1	1

Collaboratore Tecnico Professionale (Geometra)			1	1
Collaboratore Tecnico Professionale (Geometra) (art. 12 CCNL 2000/2001)			1	1
Collaboratore Tecnico Programmatore			1	1
Collaboratore Tecnico Programmatore (art. 12 CCNL 2000/2001)			15	15
Commesso	1		46	47
Op. Prof.II cat.Infermiere Generico Senior - C			4	4
Op. Prof.II cat.Massofisioterapista Senior - C			2	2
Op.Tec. Cuoco Dip. ricoll.art. 40 dpr 384/90			1	1
Op.Tecnico Senior Autista - BS			19	19
Op.Tecnico Spec. Senior Autista Ambulanza - C			1	1
Op.Tecnico Spec. Senior Cuoco - C			1	1
Operatore Socio Sanitario	7	72	144	223
Operatore Tecnico			2	2
Operatore Tecnico (art. 12 CCNL 2000/2001)			2	2
Operatore Tecnico Autista (art. 12 CCNL 2000/2001)			6	6
Operatore Tecnico C.E.D. IV Liv. (art. 12 CCNL 2000/2001)			14	14
Operatore Tecnico Centralinista non Vedente			6	6
Operatore Tecnico Coordinatore Elettricista (art.12 CCNL 2000/2001)			1	1
Operatore Tecnico IV Liv. (Addetto all'Assistenza)			13	13
Operatore Tecnico IV Liv. (Autista)			16	16
Operatore Tecnico IV Liv. (Centralinista)			13	13
Operatore Tecnico IV Liv. (Cuoco)			2	2
Operatore Tecnico IV Liv. (Elettricista)			2	2
Operatore Tecnico IV Liv. (Magazziniere)			1	1
Operatore Tecnico IV Liv. (Operatore C.E.D.)			24	24
Operatore Tecnico Senior	1	1	2	4
Operatore Tecnico Senior (camera iperbarica)			1	1
Operatore Tecnico Specializzato (Centralinista) (art. 12 CCNL 2000/2001)			1	1
Operatore Tecnico Specializzato (Giardiniere) (art. 12 CCNL 2001/2001)			1	1
DIRIGENZA NON MEDICA	1	42	122	165
Biologo Dirigente		6	24	30
Chimico Dirigente		1		1
Dirigente Amministrativo		4	7	11
Dirigente Amministrativo SC			8	8
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale		2		2
Dirigente Avvocato SC			1	1
Dirigente delle Professioni Sanitarie		2	3	5
Dirigente I livello Pedagogista			6	6
Dirigente Ingegnere		1	3	4
Dirigente Sociologo			6	6
Farmacista Dirigente	1	5	26	32
Fisico I Livello Dirigenziale		2	3	5
Ingegnere SC			1	1
Psicologo Dirigente di I Livello		19	34	53
DIRIGENZA MEDICA	5	101	881	987

Dirigente di I livello (ex X liv veterinario coadiutore)			2	2
Dirigente Medico	5	101	787	893
Dirigente Medico SC			47	47
Dirigente Odontoiatra			3	3
Veterinario Dirigente			41	41
Veterinario SC			1	1
Totale complessivo	41	424	4.105	4.570

Formazione del personale

L'UOS formazione e aggiornamento per consentire alla Direzione Strategica di definire in modo opportuno le "priorità in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali del personale dipendente, avvia nell'ultimo trimestre di ogni anno il **processo di rilevazione del fabbisogno formativo** su tutte le strutture aziendali. Tutte le proposte pervenute sono valutate dal Comitato Tecnico Scientifico per la Formazione Aziendale secondo i criteri di congruità, fattibilità, efficacia ed efficienza e di ricaduta sui sistemi aziendali, tenendo conto delle eventuali indicazioni Regionali, degli obiettivi aziendali e della numerosità delle richieste pervenute. I progetti che a seguito di valutazione vengono validati, andranno a comporre il Piano Formativo Annuale – PFA –, adottato con atto deliberativo.

Il Piano contiene altresì al proprio interno tutta la formazione "obbligatoria" che in larga parte è prosecuzione di percorsi già avviati, tenendo conto di quanto eventualmente previsto dalla programmazione a livello Ministeriale, Regionale e Aziendale.

Unitamente all'attività formativa programmata va realizzata:

- ✓ L'attività formativa che durante l'anno potrebbe rendersi necessaria su indicazioni Ministeriali, Assessoriali o di legge, in merito a specifiche problematiche o riferite ad obiettivi aziendali che potranno determinarsi;
- ✓ L'attività formativa svolta in collaborazione e in sinergia con il CEFPAS
- ✓ L'attività effettuata dal personale dipendente presso Centri di Formazione esterni all'Azienda (Formazione esternalizzata) e preventivamente autorizzata dalla Direzione Strategica;
- ✓ L'attività formativa relativa alle linee progettuali di Piano Sanitario Nazionale (PSN), Piano Sanitario Regionale (PSR), Piano Nazionale della Prevenzione (PNP), Piano Regionale della Prevenzione (PRP), etc... i cui costi ricadono sui relativi fondi economici.

L'ASP Messina è provider accreditato all'interno del programma di Educazione Continua in Medicina con numero di rif. 400.

Il Regolamento aziendale "del sistema di formazione contenente la procedura "modalità e criteri per la scelta dei docenti" – rev.1 di cui alla deliberazione n. 2154/DG del 17.06.21 disciplina e proceduralizza un'azione diramata su ogni livello organizzativo e per ogni filiera professionale. L'U.O.S. Formazione ed aggiornamento, afferente all'UOC Coordinamento Staff della Direzione Generale, è la struttura interna all'azienda che come previsto dal D.A n.1771 del 07.10.2012 gestisce ed amministra il settore della Formazione del personale ed in quanto funzione strategica agisce trasversalmente su tutti i livelli organizzativi aziendali.

La UO Formazione si avvale, al fine di attuare le strategie formative, di risorse interne costituite in atto da un collaboratore amministrativo a tempo determinato e da un coadiutore amministrativo, oltre al Dirigente Responsabile. Non sono identificate risorse esterne disponibili e/o attivabili.

Per favorire ed incentivare l'accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale appartenente al Comparto Sanità, questa U.O. annualmente avvia le procedure di autorizzazione permessi studio - 150 ore, come previsto dal CCNL. Per l'area della dirigenza sanitaria e PTA cura le procedure relative a percorsi di formazione autorizzati dalla Direzione Strategica. Tale opportunità di aggiornamento professionale viene garantita unitamente all'offerta formativa presente nel Piano Annuale

Il Direttore dell'UOC di afferenza - Coordinamento di Staff - annualmente ribalta gli obiettivi di pertinenza sui quali si relaziona dettagliatamente in termini di raggiungimento dei "risultati attesi". La valutazione individuale del dipendente, rispetto alla formazione fruita come contributo soggettivo allo sviluppo e miglioramento dell'attività svolta, è curata dal dirigente responsabile del servizio a cui ogni dipendente afferisce.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

Monitoraggio Performance Organizzativa

Come disposto dall'art. 10 comma 1 lettera b) del D.Lgs 150/2009 entro il 30 giugno l'Azienda adotta un documento denominato: Relazione sulla Performance che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse con rilevazione degli eventuali scostamenti ed il bilancio di genere realizzato.

La Relazione sulla performance è uno strumento di miglioramento gestionale grazie al quale l'Azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando progressivamente il funzionamento del ciclo della performance (art 4, comma 2 lett. a) del D. L.vo n.150/ 2009 come modificato dal D.Lgs. 74/2017).

La Relazione sulla Performance è uno strumento attraverso il quale l'Azienda può rendicontare a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel periodo considerato, gli eventuali scostamenti e le relative cause rispetto agli obiettivi programmati.

Il processo che termina con la pubblicazione entro il 30 giugno della Relazione validata vede coinvolti:

- L'U.O.C. Controllo di gestione che cura la predisposizione del documento procedendo alla rendicontazione dei risultati raggiunti, avvalendosi dei flussi informativi e per gli obiettivi, non strettamente desumibili da procedure informatizzate aziendali, di una relazione scritta in cui il Responsabile della struttura assegnataria attesti il livello di raggiungimento degli stessi supportato da idonea documentazione;
- La Direzione Strategica che approva la Relazione, verificando il conseguimento degli obiettivi specifici ed individuali.
- L'OIV che misura e valuta la performance organizzativa complessiva e valida la Relazione, garantendo in tal modo la correttezza, dal punto di vista metodologico. Pertanto la validazione della relazione è intesa come validazione del processo di misurazione e valutazione svolto dall'Azienda.
- L'assenza o la valutazione negativa della predetta "Relazione della Performance" è causa ostativa all'accesso e utilizzo del sistema premiante, come previsto dall' art. comma 6 del D. L.vo n.150/ 2009 come modificato dal D.Lgs.. 74/2017. Inoltre in caso di ritardo nell'adozione della Relazione sulla performance, l'Amministrazione comunica tempestivamente le ragioni del mancato rispetto dei termini al Dipartimento della funzione pubblica come previsto dall'art. 10 comma 5 del D. L.vo n.150/ 2009 come modificato dal D.Lgs.. 74/2017.

L'U.O. Programmazione e Controllo di Gestione effettua, inoltre, trimestralmente il monitoraggio degli obiettivi di Salute e Funzionamento procedendo all'elaborazione dei dati estrapolati dai Flussi Informativi.

Per gli obiettivi i cui risultati non sono desumibili né dai flussi né da procedure informatizzate aziendali, il monitoraggio avviene semestralmente o su specifica richiesta dell'Assessorato della Salute e/o della Direzione Strategica, avvalendosi di quanto certificato, con il supporto di idonea documentazione, dai Responsabili della Strutture assegnatarie degli stessi obiettivi.

Monitoraggio Rischi Corruttivi e Trasparenza

Con riferimento al monitoraggio "Rischi Corruttivi e Trasparenza" si rinvia alla relativa sezione 3, nella quale è stata ampiamente trattata la connessa attività di monitoraggio, che è stata descritta ancora più nel dettaglio nel citato P.T.P.C.T. 2022-2024.