



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
MESSINA**

**PIANO INTEGRATO
DI
ATTIVITA'
E
ORGANIZZAZIONE**

2023 – 2025

INDICE

PREMESSA		Pag. 2
SEZIONE 1	SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	Pag. 4
SEZIONE 2	VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	Pag. 9
2.1	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE VALORE PUBBLICO	Pag. 9
2.2	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE PERFORMANCE	Pag. 20
2.3	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	Pag. 61
	<i>Premessa</i>	
	<i>Contesto normativo</i>	
	<i>Definizione di corruzione</i>	
2.3.1	VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO	Pag. 68
2.3.2	VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO	Pag. 81
2.3.3	MAPPATURA DEI PROCESSI <i>Programmazione degli obiettivi strategici e monitoraggio P.I.A.O.</i> <i>Obiettivi strategici trasversali - integrazione con la performance</i> <i>Processo di adozione della sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza":</i> <i>soggetti interni - compiti e responsabilità</i> <i>La direzione strategica: ruolo del vertice amministrativo</i> <i>Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza: criteri</i> <i>per la scelta, indipendenza, poteri, responsabilità</i> <i>Il supporto del Responsabile della Prevenzione della Corruzione</i> <i>I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative</i> <i>Gli Organismi Indipendenti di Valutazione (O.I.V.) E le strutture con</i> <i>funzioni analoghe</i> <i>Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)</i> <i>Dipendenti - personale convenzionato e collaboratori a qualsiasi titolo</i> <i>Rapporti tra Rpct e Responsabile della Protezione dei Dati (RPD - DPO)</i> <i>Mappatura dei processi - Metodologia</i> <i>Identificazione</i> <i>Descrizione</i> <i>Rappresentazione</i> <i>Modalità di realizzazione della mappatura dei processi</i>	
2.3.4	IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI <i>Valutazione del rischio</i> <i>Analisi del rischio</i>	Pag. 112
2.3.5	TRATTAMENTO DEL RISCHIO PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO <i>Consultazione e comunicazione</i> <i>Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)</i> <i>Misure trasversali</i> <i>Codice di comportamento</i> <i>Rotazione dei dipendenti</i> <i>Conflitto di interessi</i> <i>Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extraistituzionali</i> <i>Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali</i> <i>Vigilanza sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e</i> <i>incompatibilità.</i> <i>Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage –</i> <i>revolving doors). Divieti post employment</i> <i>Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di</i> <i>incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica</i> <i>amministrazione</i>	Pag. 177

	<i>Tutela del dipendente che segnala illeciti (whistleblower)</i>	
	<i>La formazione</i>	
	<i>Patti di integrità</i>	
	<i>Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società</i>	
	<i>Tempi</i>	
	<i>Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti</i>	
	<i>Cronoprogramma</i>	
	<i>Individuazione delle misure</i>	
	<i>Programmazione delle misure</i>	
2.3.6	MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE	Pag. 195
	<i>Monitoraggio e riesame</i>	
	<i>Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema</i>	
2.3.7	PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA	Pag. 202
	<i>Sezione trasparenza</i>	
	<i>Principi generali, finalità e obiettivi strategici</i>	
	<i>Principio generale di trasparenza</i>	
	<i>Pubblicazione dei dati</i>	
	<i>Responsabilità</i>	
	<i>Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi</i>	
	<i>Misure di monitoraggio e di vigilanza volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi</i>	
	<i>Modalità di coinvolgimento degli stakeholder</i>	
	<i>Iniziative di comunicazione della trasparenza</i>	
	<i>Accesso civico</i>	
	<i>Accesso civico "generalizzato"</i>	
	<i>Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico generalizzato</i>	
SEZIONE 3	ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	Pag. 219
3.1	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE	
	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	Pag. 219
3.2	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE	
	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	Pag. 237
3.3	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE	
	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	Pag. 244
SEZIONE 4	MONITORAGGIO	Pag. 251
4.1	MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO	Pag. 251
4.2	MONITORAGGIO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Pag. 251
4.3	MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	Pag. 252
4.4	MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	Pag. 253
	ALLEGATO SOTTOSEZIONE 2.2 - "PERFORMANCE"	
	<i>Allegato 1 - "PIANO ATTUATIVO AZIENDALE"</i>	
	ALLEGATI SOTTOSEZIONE 2.3 - "RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA"	
	<i>Allegato 1 - Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" P.I.A.O. 2023-2025 - "SCHEDE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE"</i>	
	<i>Allegato 2 - Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" P.I.A.O. 2023-2025 - "ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" "</i>	
	<i>Allegato 3 - Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" P.I.A.O. 2023-2025 - "ELENCO DEI PROCESSI"</i>	
	<i>Allegato 4 - Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" P.I.A.O. 2023-2025 - "REGISTRO DEI PROCESSI E DEI RISCHI"</i>	

Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025

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, è un nuovo adempimento per le PP.AA. Costituisce uno strumento semplificato, unitario ed omnicomprensivo nel quale confluiscono i vari documenti di programmazione precedentemente previsti, tra i quali il Piano della Performance, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, il Piano triennale del Fabbisogno di Personale e la relativa sezione riguardante la Formazione, al fine di consentire un'analisi completa dell'amministrazione e dei suoi obiettivi strategici ed operativi da pianificare in modo coordinato.

Il piano definisce tra l'altro gli obiettivi di "valore pubblico" individuati prioritariamente, gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e i criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale con i risultati della performance organizzativa, nonché le misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza, secondo anche le recenti indicazioni del PNA 2022, in continuità con le attività poste in essere nei precedenti Piani anticorruzione aziendali.

Il presente PIAO, di durata triennale e aggiornato annualmente, è stato predisposto secondo quanto stabilito dal D.P.R. n.81/2022 e dal Decreto Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Funzione Pubblica n.132/2022, pur nella consapevolezza che una vera integrazione dei piani preesistenti non potrà che avvenire gradualmente.

Nel presentare il Piano Integrato di Attività e Organizzazione 2023-2025, risulta imprescindibile evidenziare l'impatto sull'attività dell'Azienda che il protrarsi dell'emergenza sanitaria da COVID-19 ha determinato negli anni appena trascorsi e la naturale ricaduta anche sul nuovo ciclo triennale avviato lo scorso anno, che è comunque fondato sugli obiettivi generali contrattuali e su quelli che verranno individuati dall'Assessorato Regionale della Salute e 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.

Il D.P.R. n.81/2022 e il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica n.13/2022 ne hanno disciplinato contenuti e schema tipo.

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.

È importante far rilevare che il presente P.I.A.O. è stato elaborato dal Gruppo di lavoro PIAO appositamente costituito, disposizioni della Direzione Aziendale nota prot. n.144681 del 31/10/2022 ed integrazione prot. n.160051 del 30/11/2022, con lo scopo di costituire una cabina di regia, come da indicazioni fornite in merito sia dal Ministero per la Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministero dell'Economia e Finanze, che dall'ANAC (nella bozza in fase di consultazione del PNA 2022, confermata nel testo adottato con delibera n.7 del 17/01/2023), al fine di realizzare un coordinamento tra le strutture aziendali direttamente interessate dalle attività afferenti alle relative sezioni del Piano, con particolare riferimento alla prevenzione della corruzione e trasparenza, alla performance al fabbisogno triennale di personale e alla formazione. Sono stati, pertanto, individuati quali componenti di tale Gruppo il RPCT, il Direttore della U.O.C. Gestione Personale Dipendente, i Dirigenti della U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi e Statistici, il Consulente per la rete Aziendale e Sistemi Informatici, il responsabile della Struttura Tecnica Permanente di supporto all'O.I.V., e con l'integrazione, la U.O.S. Comunicazione, ciascuno dei quali ha contribuito per la parte di competenza.

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 600.341 abitanti (esclusi i 2.888 residenti di Capizzi), rilevata secondo i dati Istat al 01 gennaio 2022.

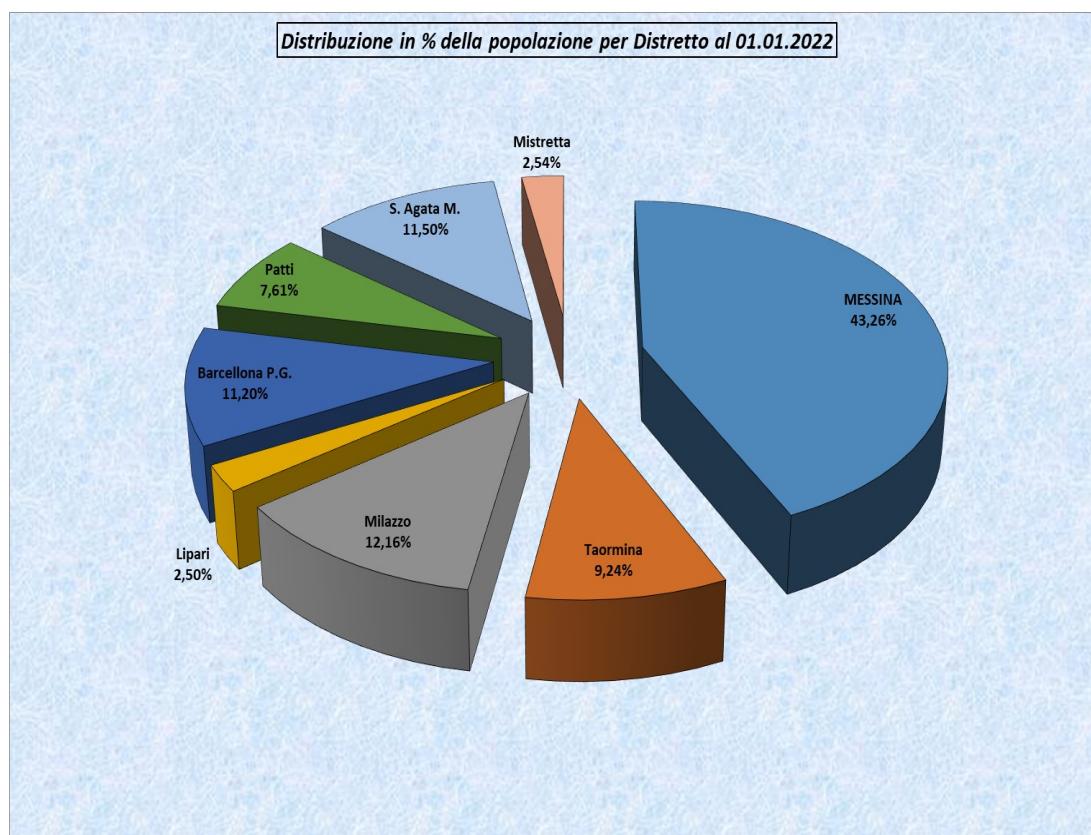
È evidente che in un territorio così vasto le difficoltà che l'Azienda incontra quotidianamente sono innumerevoli quanto diversificate, pur se, come disposto dalla Legge Regionale n. 30/1993 e dal D.P.R.S. del 22/09/2009 e s.m.i., il territorio di competenza è suddiviso in 8 distretti come di seguito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

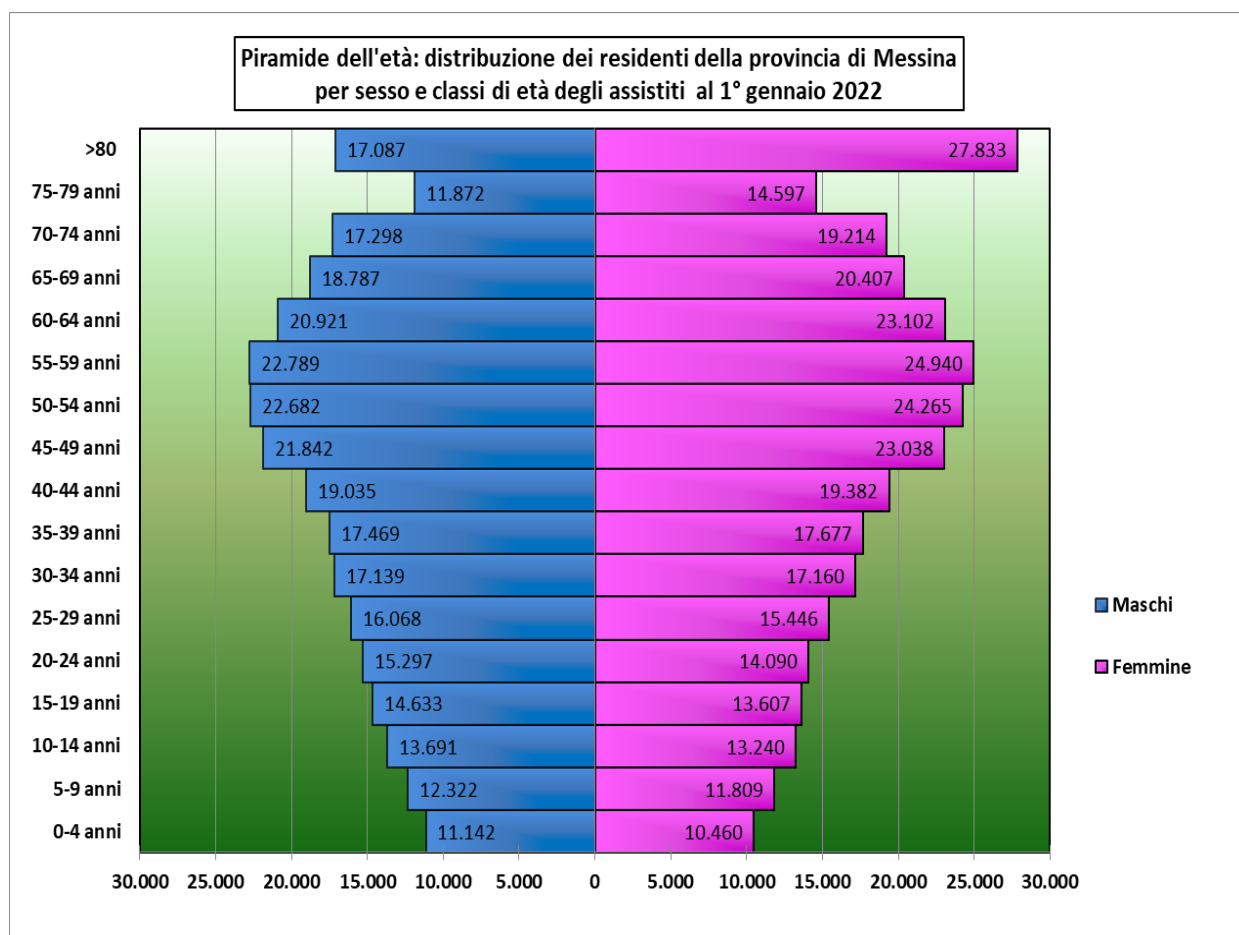
L'insediamento della popolazione è di tipo concentrato, soprattutto nella città capoluogo e nei "medi centri" che corrispondono alle sedi dei Distretti Sanitari. Infatti, nella città di Messina e negli altri 7 centri sedi di Distretto risiedono 343.793 abitanti, pari al 57,27% della popolazione totale.

DISTRETTI SANITARI – Popolazione residente al 01.01.2022				
Distretti	Numero Comuni	Popolazione residente		
		Maschi	Femmine	TOTALE
MESSINA	14	124.758	134.921	259.679
Taormina	24	26.857	28.590	55.447
Milazzo	13	35.425	37.578	73.003
Lipari	4	7.677	7.344	15.021
Barcellona P.G.	13	32.870	34.361	67.231
Patti	14	22.043	23.613	45.656
S. Agata M.	18	33.088	35.951	69.039
Mistretta	7	7.356	7.909	15.265
TOTALE	107	290.074	310.267	600.341

Nel grafico a torta si può osservare la distribuzione della popolazione per singolo Distretto mettendo in evidenza che il 43,26% di essa si concentra nel Distretto di Messina. Ad esclusione di Lipari e Mistretta che insieme raggruppano il 5,04% della popolazione, gli altri cinque distretti oscillano dal 7,61% (Patti) al 12,16% (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 arrivano a poco più di 30.000 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	600.341 abitanti (esclusi i 2.888 residenti di Capizzi- dati Istat al 01 gennaio 2022)

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° 7
Ambulatori di FKT	n° 9
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 Ordinari (HSP 12 al 31.12.2022)	n° 558 (compresi i pp.II. Psichiatria e Covid)
Posti letto DH/DS (HSP 12 al 31.12.2022)	n° 70
Ricoveri Ordinari (al 30.11.2022)	n° 15.315
Ricoveri DH (al 30.11.2022)	n° 1.258
Casi Day Service (al 30.11.2022)	n° 5.779
Accessi Pronto Soccorso (al 31.11.2022)	n° 85.036

CASE DI CURA CONVENZIONATE

Case di cura private accreditate	n° 8
Posti letto Ordinari (HSP 13 al 31.12.2022)	n° 670
Posti letto DH/DS (HSP 13 al 31.12.2021)	n° 87

RISORSE UMANE

Dipendenti in servizio (al 31.12.2022)	n° 4.535
Area Dirigenza	n° 1.092
Dirigenti Medici	n° 890
Dirigenti Veterinari	n° 38
Dirigenti Sanitari non medici	n° 125
Dirigenti Ruolo Professionale	n° 8
Dirigenti Amministrativi	n° 25
Dirigenti Tecnici	n° 6
Area Comparto	n° 3.443

Sanitari	n°2.147
Amministrativi	n°481
Tecnico	n°812
Professionale	n° 3
Area Medici Convenzionati (al 31.12.2022)	
MMG e PLS	n° 532
Medici titolari di Continuità Assistenziale	n° 417
Medici sostituti di Continuità Assistenziale	n° 636
Medici titolari di PTE	n° 114
Medici sostituiti di PTE	n° 4

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE – VALORE PUBBLICO

La sottosezione interessa un concetto innovativo, il Valore Pubblico, entrato recentemente in seno alla riforma della PA: proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020 DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, il Valore Pubblico costituisce il nuovo orizzonte dell'attività amministrativa degli Enti Pubblici, un nuovo paradigma in grado di orientare e catalizzare le diverse aree di attività, integrandole in funzione degli esiti e dell'impatto sui destinatari. Per Valore Pubblico, infatti, le Linee Guida DFP intendono il livello complessivo di benessere economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri stakeholders creato da un'amministrazione pubblica, rispetto ad una baseline, o livello di partenza.

In ambito sanitario, il concetto come sopra enunciato deve essere contestualizzato alla luce del fatto che il bene primario della salute è un diritto costituzionalmente tutelato e promosso, rappresenta la mission dell'intero sistema sanitario italiano e in esso convergono una serie di fattori di natura politica, ambientale, socio-economica e psicologica, tutti elementi che rendono complessi i confini e l'applicazione del concetto di valore pubblico in sanità. Gli obiettivi e le politiche nel campo della salute emanati dalle massime autorità sanitarie nazionali vengono tradotti in obiettivi strategici su base regionale e aziendale e quindi ricondotti in obiettivi operativi di ogni struttura aziendale, in relazione alla propria specifica funzione. In tale contesto, il Valore Pubblico 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), e deve essere inteso in termini di obiettivi/risultati del funzionamento organizzativo e dell'articolazione dei processi. Ciò significa che non vi può essere produzione di reale valore pubblico laddove il governo dell'intero processo non preveda l'analisi e, se necessario, la reingegnerizzazione anche delle procedure interne e non parta proprio da queste. Tutta l'attività amministrativa deve essere dunque orientata alla creazione di Valore Pubblico, e il valore in sanità è innanzitutto il guadagno in termini di salute, rispetto al quale è ormai universalmente noto il ruolo svolto da cittadini, utenti e stakeholder sia interni che esterni, destinatari dell'attività sanitaria: la via principe per creare Valore Pubblico è di utilizzare le risorse economiche e produttive in modo compatibile con l'aumento del livello di soddisfazione sociale, parametro imprescindibile per misurare l'impatto sul livello di "benessere".

L'aggiornamento attuale della sottosezione di programmazione del PIAO muove da questi due capisaldi – l'integrazione delle aree di attività, i cui protagonisti sono gli operatori dei servizi, e la partecipazione dei portatori d'interesse della società civile – ed evidenzia le azioni programmate dall'Ente per l'anno 2023 in relazione ai punti definiti per la sottosezione Valore pubblico all'art. 3 del Decreto 30 giugno 2022, n.132 e nell'Allegato Piano-tipo per le amministrazioni pubbliche, nella consapevolezza di realizzare solo un primo approccio al tema, peraltro nuovo e necessitante di strumenti e approfondimenti metodologici.

Modalità e azioni finalizzate, nel periodo di riferimento, a realizzare la piena accessibilità, fisica e digitale, alle pubbliche amministrazioni da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità (DM 132/2022, art.3 co1).

La complessa organizzazione dell'ASP di Messina si avvale di molteplici strutture presenti su tutto il vasto territorio provinciale e differenziate in relazione ai servizi erogati e ai bacini distrettuali di riferimento (come esposto nel capitolo dedicato al contesto): dal più grande Presidio Ospedaliero al più piccolo Presidio di Continuità Assistenziale, passando per i Poliambulatori e per le sedi dipartimentali sanitarie e amministrative, tutte le strutture sono state interessate da interventi specifici finalizzati a renderle accessibili, in applicazione delle diverse normative che, dal 1989 in poi, hanno disciplinato la materia delle barriere architettoniche. Realizzare la "piena accessibilità fisica" impegna tuttavia l'Amministrazione su un fronte più articolato che, muovendo dalla ricognizione puntuale dello stato dell'arte in cui versa ogni struttura, conduca a soddisfare pienamente il requisito dell'accessibilità, intesa come "possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia" (DM 236/89). Inoltre, nelle indagini di soddisfazione condotte nel tempo dagli URP aziendali, gli Utenti hanno in diversi casi segnalato sia malfunzionamenti degli ascensori, sia carenza di cartellonistica e di indicazioni stradali, sia ancora assenza di spazi esterni di parcheggio (laddove esistenti, è ovunque prevista la riserva dei posti per i soggetti disabili). Risultano altresì da implementare le misure utili a compensare minorazioni sensoriali a livello visivo e uditivo, che limitano di fatto la fruizione in autonomia dei servizi sanitari e amministrativi dell'Azienda.

Nella prospettiva della creazione di valore pubblico in tale ambito, l'ASP pianifica azioni pluriennali, articolandole su più livelli, tali da incidere sull'esercizio del diritto alla salute anche da parte delle fasce più deboli della popolazione.

Il primo livello riguarda le nuove progettazioni, che dovranno essere improntate ad una "filosofia progettuale ab origine priva di barriere, orientata alla fruibilità dell'ambiente da parte di una utenza ampliata", che quindi dovranno prevedere, a partire dai disciplinari di gara, gli accorgimenti utili a normalizzare gli interventi pensati per soggetti in condizioni di disabilità o di ridotta mobilità.

Il secondo livello prevede la mappatura completa delle strutture aziendali in relazione ai requisiti di accessibilità, visitabilità e adattabilità, al fine di pianificare i necessari eventuali interventi migliorativi. A partire dall'anno in corso e per step successivi, la programmazione aziendale fisserà gli obiettivi di milestone e di target sulla base della propria strategia di sviluppo dei servizi erogati, delle segnalazioni degli Utenti e del contributo fornito dal Comitato Consultivo Aziendale, che raccoglie quaranta Associazioni di Pazienti, di parenti dei Pazienti, di Tutela dei diritti, di Volontariato, presenti nel territorio e rappresenta quindi stakeholders fondamentali per le politiche aziendali. Il CCA sarà attivamente coinvolto perché siano adeguatamente rappresentati i bisogni delle persone anziane e disabili sin dalla fase della programmazione, nella fase della predisposizione degli strumenti utili alla mappatura, ed infine nella valutazione degli esiti, ossia nel monitoraggio dell'impatto degli interventi, che sarà rilevato anche mediante una indagine di soddisfazione ad hoc condotta dall'URP aziendale. Saranno infatti definiti tempi e forme certe per l'ascolto dei portatori di interesse e dettagliati gli strumenti per valutare il livello di soddisfazione degli utenti.

Un terzo livello di azioni è definibile nel contesto delle più complessive politiche pubbliche, in seno alle quali avviare confronti, collaborazioni, ed intraprendere azioni interistituzionali sinergiche per favorire il superamento degli ostacoli che nell'organizzazione della società civile limitano il diritto di accesso ai servizi pubblici, promuovendo il cambiamento delle condizioni di vita ed il funzionamento cooperativo della pubblica amministrazione orientato a generare valore pubblico. In tale contesto, infatti, ogni Ente del territorio è uno stakeholder in grado di rappresentare interessi specifici, ma anche specifiche competenze e risorse che, messe insieme, attivino un effetto moltiplicatore di benessere sociale.

Tutte le azioni messe in campo saranno accompagnate da una efficace campagna di comunicazione, diretta sia ai dipendenti che agli utenti e ai portatori di interesse, finalizzata a stimolarne la partecipazione.

Di seguito, la tabella sintetica descrittiva delle azioni programmatiche esposte.

A.S.P. Messina - P.I.A.O. 2023-2025						
Sezione 2 : VALORE PUBBLICO						
- Conseguire l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità per tutti (Goal 3 Agenda 2030) - Accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari (Scheda 14 Patto per la Salute 2019-2021)						
Obiettivo Strategico	Stakeholder (destinatari)	Tempistica	Indicatore	Baseline	Target	Fonte
PIENA ACCESSIBILITÀ FISICA ALL'AMMINISTRAZIONE	Cittadini ultrasessantacinquenni	Anno corrente	1. Adeguamento dei nuovi progetti alla piena accessibilità, visitabilità e adattabilità	Rispetto dei requisiti minimi accreditamento (abbattimento barriere architettoniche)	31/12/ 2023: Predisposizione atti con le direttive ulteriori per le progettazioni	1) Documenti aziendali
		Pluriennale	1. Mappatura delle Strutture aziendali e analisi delle criticità di accesso	Banca dati UOC Tecnico e Planimetrie predisposte da UOC Prevenzione e Protezione	31/12/2023: Mappatura degli ospedali e delle case di comunità e pianificazione di interventi	1) Documenti aziendali 2) Customer experience 3) Interviste Stakeholder
			3. Cooperazione con altri Enti per interventi a livello comunitario	Specifiche competenze e risorse di settore	2023/2024/2025: Individuazione ambiti comuni di intervento	1) Documenti aziendali 2) Interviste Stakeholder

Le variazioni sociali nella salute nascono da meccanismi - accesso alla conoscenza, diversa esposizione ai fattori di rischio comportamentali, maggiore probabilità di trattamenti inappropriati, disuguaglianza nell'accesso tempestivo a trattamenti efficaci e sicuri - che necessitano di adeguati interventi intersettoriali, che oggi includono in modo ineludibile l'ambito del digitale, visto l'enorme impatto delle tecnologie informatiche e digitali nella medicina e nell'organizzazione dei servizi sanitari. Prioritario diviene dunque garantire un nuovo diritto fondamentale, *l'inclusione digitale dei cittadini*, che se da un lato presuppone l'acquisizione delle cosiddette *digital soft skill*, in grado di rendere competenti nell'uso dei siti in cui è possibile trovare informazioni e nella navigazione in sicurezza, nel saper utilizzare i portali di accesso ai servizi della P.A., essere in grado di utilizzare le giuste keyword di ricerca, saper filtrare e selezionare i dati di interesse, saper valutare la validità di una fonte, prestare attenzione al fenomeno delle "fake news", dall'altro obbliga gli Enti a facilitare e rendere effettivo l'esercizio del diritto. La P.A. è chiamata a garantire ai cittadini e alle imprese, in

modo equo e senza discriminazioni, "il diritto di accedere a tutti i dati, i documenti e i servizi di loro interesse in modalità digitale, attraverso l'utilizzo delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT), la semplificazione nell'accesso ai servizi alla persona, riducendo la necessità dell'accesso fisico agli uffici pubblici, favorendo l'amministrazione aperta ed il riuso dei dati". La [Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità](#) definisce l'accesso alle tecnologie dell'informazione e della comunicazione come un diritto umano fondamentale.

L'ASP persegue questo obiettivo principalmente tramite il proprio sito web, una soluzione software in cloud che consente la pubblicazione flessibile e multiutente di contenuti e servizi, inclusivi e accessibili pensati per andare incontro alle diverse esigenze delle persone. È un sito dinamico, un portale che rappresenta il principale strumento attraverso il quale l'Azienda può garantire la corretta e trasparente informazione ai cittadini, nonché punto di accesso ai servizi digitali erogati dall'azienda. L'home page, curata dall'UO Comunicazione, garantisce altresì la corretta e trasparente informazione sull'offerta sanitaria ai cittadini, mediante un sistema dinamico di consultazione della Carta dei Servizi attraverso il sito web dell'ASP, su cui è deputata a pubblicare anche tutte le campagne di comunicazione e di promozione della salute dell'Assessorato regionale, oltre che dell'Azienda. Il sito è concepito come uno strumento per far dialogare i cittadini con la PA, rilevandone i bisogni e orientando i servizi nella risposta: tra gli Utenti è avvertito soprattutto il bisogno di informazioni, sui servizi, sulle procedure, sulle attività aziendali, come è evidenziato dai contenuti della casella "Contattaci", il canale comunicativo online aperto sul sito web dell'Azienda, che consente un dialogo in tempo reale tra i Cittadini e tutti gli URP dell'Azienda, utilizzato anche per le segnalazioni e i reclami. Questo dialogo ha contribuito in modo sostanziale alla definizione dei contenuti, delle pagine informative e delle campagne di comunicazione autoprodotte che l'Azienda ha pubblicato sul sito web istituzionale, nonché alla creazione e all'aggiornamento in continuum della sezione "Cosa fare per", che consente l'accesso alle procedure in presenza e telematiche dei servizi per l'utenza con modulistica, anagrafica dei servizi, indirizzi, numeri telefonici, mail e orari di apertura al pubblico. Copre quindi un'area di funzioni particolarmente importante ai fini dell'accesso digitale ai servizi e alle informazioni in ambito sanitario, rappresentando sempre più l'interfaccia dell'Azienda con il Cittadino. La navigazione è garantita tramite il suo indirizzo web: i contenuti all'interno del sito sono accessibili a tutti e per tutti uguali e il sito garantisce un alto livello di accessibilità e usabilità. Il sito è costantemente monitorato e sono soggette a revisione continua le informazioni, le procedure, la modulistica, per le quali sono studiati i miglioramenti per un più facile utilizzo.

Le azioni che l'ASP metterà in campo riguardano la completa revisione delle procedure dei servizi online e telematici alla luce della loro effettiva accessibilità da parte delle persone anziane e con disabilità, coinvolgendo nel processo gli Operatori dei Servizi di competenza, ed avviando parallelamente un'attività di indagine presso target specifici, in grado di evidenziare l'esperienza dell'Utenza nell'accesso ai servizi digitali e le criticità su cui intervenire. Ci si avvarrà, per l'anno in corso, del contributo fornito dal Servizio Civile Digitale, presente in Azienda nell'ambito di due progetti il cui scopo è di sostenere la crescita della cultura e delle competenze digitali sia all'interno dei servizi che nell'utenza esterna.

A.S.P. Messina - P.I.A.O. 2023-2025

Sezione 2 : VALORE PUBBLICO

- Conseguire l'accesso a servizi essenziali di assistenza sanitaria di qualità per tutti (Goal 3 Agenda 2030)
- Accesso partecipato e personalizzato del cittadino ai servizi sanitari (Scheda 14 Patto per la Salute 2019-2021)

Obiettivo Strategico	Stakeholder (destinatari)	Tempistica	Indicatore	Baseline	Target	Fonte
PIENA ACCESSIBILITÀ DIGITALE ALL' AMMINISTRAZIONE	Cittadini ultrasessantacinquenni Cittadini in condizione di disabilità	Pluriennale	1. Revisione dei servizi online e delle procedure attivabili tramite mail	Esistenza di servizi online al cittadino non verificati sotto l'aspetto dell'accessibilità delle persone con limitazioni	31/12/2023: Verifica di almeno il 50% dei servizi online e pianificazione di interventi di revisione e di misurazione dell'impatto	1) Documenti aziendali 2) Customer experience 3) Interviste Stakeholder

Elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare, secondo le misure previste dall'Agenda Semplificazione e, per gli enti interessati dall'Agenda Digitale, secondo gli obiettivi di digitalizzazione ivi previsti (DM 132/2022, art.3 co1).

L' Agenda Semplificazione contiene una serie di azioni finalizzate alla semplificazione e reingegnerizzazione sistematica delle procedure per l'avvio e l'esercizio delle attività economiche, in funzione dell'attuazione dei principi europei e della digitalizzazione, pensate per snellire procedure e iter burocratici particolarmente critici e onerosi anche mediante *moduli e form digitali standardizzati e semplificati per l'accesso telematico alle procedure.*

Si ritiene particolarmente utile questo tipo di approccio anche nell'affrontare un'accurata disamina delle procedure amministrative ed informatizzate già in essere nella nostra Azienda e finalizzate a fornire a cittadini, utenti, fornitori e stakeholder in genere prodotti e servizi sanitari, di cui si fornisce di seguito l'elenco.

L'A.S.P. di Messina, già dal 2017, ha avviato una revisione di tutti i processi informatizzati per verificarne lo stato dell'arte e prevederne la relativa implementazione. Tra questi, i seguenti applicativi gestionali: Controllo direzionale e controllo di gestione, Cassa ticket, Fatturazione, Conservazione legale sostitutiva e Protocollo fatture, Inventario beni mobili, Contabilità e Gestione magazzini/ordini, Gestione del Personale e Gestione Pianta organica, Gestione specialistica convenzionata, Registro Contenzioso, Gestione Gare Appalti, Ufficiale Rogante, Gestione delibere/determine, Protocollo informatico, Software per la gestione PACA, Gestione Consulenti, Suite gestione SDO grouper, AFT, Pronto soccorso, CTA, Gestione sale operatorie, ADT, Attività ambulatoriale + dematerializzata, Cartelle cliniche informatizzate, Gestione ADI, PTE - Progetto Chronic care Model, Gestione procedure Dipartimento Salute Mentale, Assistenza specialistica convenzionata esterna, Assistenza riabilitativa e assistenza in RSA, Sistema informativo per NPPIA, PAGOPA.

Al fine di raggiungere l'obiettivo assegnato per l'anno 2018 alle strutture aziendali ("Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione

dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali”), l’Azienda, con delibera n.1160/C del 24/04/2018, ha aderito all’Accordo Quadro - tra Consip e una RTI - della durata di 48 mesi, per l’affidamento dei servizi in ambito dei Sistemi Informativi Gestionali e sistemi di gestione dei procedimenti amministrativi in favore degli enti del SSN. Una prima implementazione è stata rivolta ai software costituenti aree critiche per l’Azienda: Contenzioso, Assistenza Specialistica Convenzionata, GDPR. Inoltre, sono state poste in essere altre iniziative di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione.

Le procedure già attivate o in corso di attivazione in modalità telematica nell’ambito dei servizi al Cittadino sono così raggruppate:

Medicina di base

- Scelta del Medico di Medicina Generale e Pediatra Libera Scelta (Medico di famiglia).
- Revoca temporanea del Medico di famiglia per i fuori sede per motivi di lavoro, studio o malattia.
- Iscrizione temporanea negli elenchi dell’ASP di Messina ai non residenti per motivi di lavoro, studio o malattia (Medico di famiglia per i non residenti).
- Mantenimento del Pediatra Libera Scelta fino al raggiungimento del 16° anno d’età.
- Iscrizione o rinnovo al S.S.N. per gli extracomunitari residenti in Italia con regolare permesso di soggiorno.
- Richiesta Tessera Sanitaria Europea (TEAM).
- Esenzione ticket sanitario per patologia.
- Esenzione ticket sanitario da reddito (online SPID).
- Esenzione ticket per malattia rara
- Rilascio piani terapeutici.
- Rimborso trasporto dializzati con mezzo proprio.
- Rimborso dialisi domiciliare.

Assistenza integrativa

- Autorizzazione ausili e presidi.
- Rinnovo autorizzazione buoni per alimenti senza glutine.
- Autorizzazione fornitura pannoloni.
- Ossigenoterapia.

Dipartimento di Prevenzione

- Rilascio certificato delle vaccinazioni.
- Rilascio Certificato necroscopico ISTAT (Certificato causa morte).

Medicina Legale

- Istanza gravidanza a rischio.
- Rinnovo patenti di guida.
- Prenotazione Commissione Medica Locale per l’idoneità alla guida.
- Richiesta benefici art. 26 D.L. n.18 del 17.03.2020.

UOC Ospedalità privata /UE

- Rimborsi spese viaggio e soggiorno per cure ricevute presso centri alta specializzazione in Italia.
- Rimborsi spese viaggio e soggiorno per cure ricevute presso centri alta specializzazione all’estero.

Assistenza Pazienti Fragili

- Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.).
- Richiesta Assistenza Domiciliare Palliativa (ADI P)
- *Ricovero in Residenza Sanitaria Assistita (ADI-RSA)*
- Assistenza Domiciliare Integrata, rinnovo ciclo fisioterapia (A.D.I. – FKT).

Riabilitazione Adulti e Minori dell'Area Metropolitana

- *Domanda di trattamento riabilitativo (Centro ASP o Convenzionato).*

Prenotazioni CUP

E' attivo nella provincia di Messina il sistema di prenotazioni Sovracup che federa le quattro aziende sanitarie della provincia di Messina (ASP – AOU Policlinico- AO Papardo-IRCCS).

Tale sistema permette la prenotazione online facendo la ricerca per prestazione su tutte le agende delle aziende sanitarie proponendo la prima disponibilità; le prenotazioni possono essere eseguite anche in Farmacia.

Per tutte le procedure elencate è prevista una progressiva revisione in funzione della possibilità di snellirne l'iter, renderlo più trasparente e maggiormente performante rispetto alla semplificazione del lavoro e dell'accesso. Al monitoraggio sull'andamento del processo parteciperanno anche i dipendenti interessati e le associazioni dei cittadini utenti e degli stakeholder.

Riguardo agli impegni dati dall'Agenda Digitale, il cui scopo è *fare leva sul potenziale delle tecnologie ICT per favorire innovazione, progresso e crescita e, in campo sanitario, [riduzione delle liste d'attesa](#) e delle ospedalizzazioni*, l'ASP aderisce pienamente alla Missione 6 "Salute" del PNRR, che mira a modernizzare le strutture italiane per favorire un migliore accesso alle cure sanitarie per tutti i cittadini attraverso due obiettivi: diffondere l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) su tutto il territorio nazionale, potenziare e promuovere lo sviluppo di progetti di telemedicina, tramite i quali i medici e gli operatori sanitari possono visitare e assistere i propri pazienti anche a distanza.

Con il sostegno finanziario del PNRR sarà potenziato il Fascicolo Sanitario Elettronico con l'obiettivo di rendere l'FSE il punto di accesso alla storia clinica di ogni cittadino. Tra gli obiettivi del PNRR è stato fissato al 2025 il termine entro cui i medici di base dovranno completare le informazioni del Fascicolo Sanitario Elettronico e che tutte le Regioni e Province autonome dovranno adottare il FSE entro la metà del 2026.

In merito al processo di modernizzazione degli applicativi aziendali, una sintesi della politica dell'ASP è esplicitata nel seguente documento, integralmente riprodotto:

" Tra le specifiche indicazioni, come regolamentato da AGID nell'ambito del piano triennale ICT 2020-2022, vi è quella di modernizzare le applicazioni software ed i relativi processi.

Si tratta di un percorso necessario da compiere per iniziare e completare la trasformazione digitale nell'area dei software applicativi - ovviamente il processo di modernizzazione e innovazione investe tutte le aree dell'Azienda che avvalendosi dell'innovazione del mondo ICT tende ad evolvere i processi aziendali verso nuovi paradigmi - nella fattispecie, migrare ove possibile verso applicazioni cloud-native, più agili e improntate sul paradigma DevOps.

In ogni caso, partendo dall'analisi del contesto occorre saper intraprendere la strategia giusta e utilizzare i corretti servizi, strumenti e tecnologie di modernizzazione applicativa che abbiano come obiettivo il miglioramento della qualità del dato, il governo dei processi e l'implementazione del concetto di sicurezza by design.

Questo sviluppo fa parte di un disegno evolutivo dinamico con ricaduta sul governo dei processi aziendali ed è perciò necessaria la basilare attenzione della direzione strategica che condivida le priorità e ne supporti e sostenga la realizzazione.

In questi anni, il processo di trasformazione digitale ha fatto evolvere in maniera molto rapida la tecnologia software, di conseguenza l'application modernization di applicazioni

esistenti, spesso datate anche se ancora valide e funzionanti, pur rappresentando in molti casi un passaggio faticoso e rischioso da attuare, è diventato un imperativo categorico per riuscire a mantenere le applicazioni stesse al passo con i tempi e abitarle a beneficiare delle nuove funzionalità e servizi resi disponibili dal cloud.

Ciò premesso, fare application modernization significa sviluppare un progetto in grado di analizzare il parco delle applicazioni aziendali e poi di pianificare, di volta in volta, per ciascuna applicazione la strategia di aggiornamento migliore per integrare le funzionalità più moderne e recenti; funzionalità che consentono di riorganizzare e di innovare il ns. asset aziendale poggiando su basi tecnologiche di ultima generazione.

Si evince, vista la portata organizzativa e funzionale dell'imprescindibile percorso da intraprendere, come sia assolutamente necessaria la condivisione progettuale con la direzione strategica.

Il problema di partenza è che molti dei sistemi applicativi in uso, sia nell'area amministrativa che in quella clinica-sanitaria, sono spesso basati su un'architettura software monolitica, costosa da mantenere, poco flessibile, difficile e complessa da modificare e scalare.

Fare application modernization significa quindi, ove possibile, eliminare la rigidità di queste applicazioni monolitiche, migrando verso strategie d'implementazione di applicazioni web-based o cloud-native in grado di sfruttare gli intrinseci vantaggi di flessibilità e agilità slegando il software dalla stretta appartenenza a un'infrastruttura hardware sottostante, infatti molte Applicazioni in tale processo verrebbero migrate in cloud secondo l'input di AGID del Cloud First, alleggerendo la sala macchine di incombenze di assistenza e manutenzione hardware, liberando risorse economiche ed umane da dedicare al processo di innovazione.

Evidenziando alcuni aspetti tecnici, emerge chiaramente quale sia la funzione della application modernization: si tratta di un approccio innovativo all'area del software che ha un impatto sulla trasformazione digitale dell'intera attività aziendale con l'obiettivo chiave di trasformare, dove ciò sia praticabile, applicazioni caratterizzate da architettura rigida in applicazioni web-based o cloud-native basate su microservizi.

Di fatto, nelle architetture monolitiche il principale svantaggio è la stretta integrazione dei componenti, che rende difficile la manutenzione del software, perché, ad esempio, una modifica nel codice di un componente implica un aggiornamento e test completo dell'intera applicazione prima del suo successivo rilascio nell'ambiente di produzione. Ciò limita l'agilità dei servizi IT e la capacità di innovarli rapidamente.

Un altro svantaggio è la difficoltà di scalare l'applicazione in rapporto a picchi di richieste, perché anche in questo caso occorre ridimensionare l'intera architettura.

In aggiunta, bisogna anche considerare che, con l'approccio rigido, il manifestarsi di un bug, un errore, in un singolo processo condiziona il funzionamento degli altri componenti e processi correlati, e ciò influisce negativamente sulla disponibilità dell'applicazione.

Una strategia innovativa di application modernization, è indirizzata a far migrare le applicazioni obsolete verso un'architettura basata sui microservizi che permetta di scomporre l'applicazione stessa in componenti modulari e indipendenti.

Ogni componente può eseguire un processo come servizio e ciascun servizio comunica con gli altri tramite API. Con questa architettura, quando si eseguono aggiornamenti software, gli stessi possono essere immediatamente rilasciati senza intaccare la funzionalità complessiva del programma.

Come si è potuto comprendere in questa breve relazione, il processo di trasformazione digitale, attuabile attraverso una strategia di application modernization, non può compiersi semplicemente seguendo un percorso univoco di migrazione tecnologica in quanto il contesto organizzativo va valutato e considerato quale fattore critico di successo in fase di pianificazione strategica, differenziando le azioni per priorità e know-how.

Facendo seguito a quanto in premessa, l'ASP di Messina ha intrapreso il percorso di innovazione tecnologica in adesione a quanto prescritto nel Piano Triennale per l'innovazione in ICT, cambiando completamente paradigma della propria piattaforma applicativa dell'area amministrativa, in particolare adottando una soluzione ERP.

ERP è l'acronimo di Enterprise Resource Planning e sta a significare un sistema informativo che permette di pianificare e coordinare tutte le risorse di un'azienda. La chiave di volta di questo approccio gestionale è una programmazione che offre una suite di moduli integrati e preposti a risolvere tutti i processi strategici più rilevanti di un'azienda.

A livello di sistema, l'ERP consente di centralizzare la raccolta dei dati provenienti da tutte le aree aziendali, i flussi di lavoro vengono sistematizzati risultando così razionalizzati e ottimizzati, favorendo un'integrazione virtuosa tra tutte le aree funzionali, ed una nuova efficienza operativa. I vantaggi, oltre a un'armonizzazione delle procedure e a un forte coordinamento di ogni processo, è che grazie a un ERP si possono eliminare tutti i problemi legati alla duplicazione e al disallineamento delle informazioni. Avere un database condiviso, completo e capace di aggiornarsi in tempo reale ogni volta che un utente di qualsiasi area compie un'operazione all'interno del sistema, è questo il reale valore aggiunto di un sistema ERP.

L'ERP consente una grande interoperabilità tra le varie aree funzionali organizzative introducendo il paradigma della scalabilità funzionale.

L'introduzione di una soluzione ERP permette inoltre di adeguare i sistemi alle nuove normative ed in particolare al GDPR (General Data Protection Regulation) che dalla sua entrata in vigore ha imposto alle aziende di rivedere le modalità di raccolta e trattamento dei dati, ma anche la sicurezza degli apparati su cui questa tipologia di informazioni cosiddette "particolari" vengono conservati.

La conformità normativa degli ERP prevede un sistema di accessi profilato, con credenziali di accesso a cui ad ognuna deve corrispondere uno specifico ruolo e degli specifici permessi nel pieno rispetto degli obblighi legislativi.

L'adozione, ed il passaggio alla implementazione di un sistema ERP in ASP è stata accompagnata da un processo di verifica funzionale e rimodulazione dei processi sulla base del nuovo paradigma operativo proprio di un ERP.

I vantaggi della soluzione introdotta si possono sintetizzare in:

Massima Integrazione: un ERP consente massimi livelli di interazione tra tutti i processi aziendali, abilitando la massima capacità di elaborare i dati e di proporre azioni e soluzioni ottimizzando il controllo dei flussi. La qualità di elaborazione delle informazioni include una reportistica evoluta, con dati di sintesi utili alle scelte strategiche aziendali;

Maggiore trasparenza: un ERP porta massima trasparenza informativa a processi e procedure, riducendo ridondanze nei dati e ottimizzando i livelli di condivisione e di collaborazione inter ed extra aziendale. Oltre a massimizzare l'efficienza di tutto il sistema, garantisce la qualità dei processi e conseguentemente la compliance;

Migliore gestione: un ERP potenzia la qualità della governance, la capacità di raccogliere ed elaborare dati, tramite strumenti di data mining e business intelligence integrati, consentendo di monitorare l'andamento di tutta l'azienda, gestito attraverso un unico cruscotto centralizzato che può essere fruito da qualsiasi dispositivo fisso o mobile.

I processi di modernizzazione stanno coinvolgendo l'azienda in maniera trasversale, utilizzando le linee progettuali del PNRR e quelli regionali relativi all'implementazione dei canali di comunicazione tecnologici del Sovracup si sono messi in cantiere ed avviati una serie di progetti ad alto contenuto tecnologico e a valore aggiunto.

In particolare si sta provvedendo all'acquisto di chioschi multimediali che permetteranno il pagamento a cura del cittadino delle proprie prestazioni, preventivamente prenotate al numero verde, direttamente senza fare fila, tramite la lettura della propria tessera sanitaria il sistema integrato con l'applicativo di sovracup e con le casse ticket rileva le prestazioni prenotate e permette di eseguire il pagamento a mezzo bancomat con conseguente rilascio della ricevuta e invio della transazione al proprio cassetto fiscale ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata.

È in fase avanzata l'analisi dello sviluppo di un App per pazienti fragili, oltre al miglioramento dell'App già esistente relativa alla scelta/revoca medico.

Il versante dei servizi al cittadino non è l'unico su cui si sta intervenendo, sono in fase di avvio progetti finalizzati al miglioramento dei servizi di sicurezza e protezione dei dati aziendali.

In ambito applicativo i percorsi particolarmente innovativi riguardano la interoperabilità tra gli applicativi del SIO e l'integrazione in modalità di cooperazione applicativa tra i vari moduli software.

Si sta procedendo altresì alla diffusione capillare della procedura delle attività ambulatoriale e refertazione integrata col sistema di prenotazione, è stata avviata a regime e con successo l'informatizzazione dei consultori familiari distribuiti sul territorio ed è prossimo all'avvio il servizio di neuropsichiatria infantile.

Sempre nell'ambito dei servizi, ma rivolto agli utenti interni, si è avviato il sistema automatizzato di richiesta di assistenza per le postazioni informatiche collegato con i processi del fuori uso allineando in cascata l'inventario dei beni".

Programmazione Economica e Finanziaria

La programmazione economica per il 2023 alla data di predisposizione del presente Piano non è disponibile. Fino all'anno scorso, è stato preso a riferimento per la programmazione della performance il Bilancio economico di Previsione dell'anno di riferimento.

Per il 2023 non è stato ancora predisposto il Bilancio di Previsione 2023, in assenza delle istruzioni regionali per la predisposizione dello stesso. Tale circostanza è correlata principalmente alla mancata negoziazione di risorse finanziarie per l'anno 2022, che si sarebbe presa poi a riferimento per la previsione dell'anno successivo. Infatti, ogni anno, entro la fine dello stesso, è intervenuta, ai sensi della L.R. 5/2009, la negoziazione delle risorse finanziarie con la Regione, che definiva le quote di assegnazione annua di FSR.

Pertanto, ai fini della programmazione della Performance, l'unico dato, quand'anche non definitivo, che può essere assunto a riferimento è quello relativo al conto economico preconsuntivo 2022, inviato alla Regione in data 25/01/2023.

Tale dato, infatti, sarà assunto a riferimento per la negoziazione delle risorse finanziarie 2022 e pertanto, nelle more della negoziazione per l'anno 2023, anche come assegnazione provvisoria 2023.

Nella tabella sotto-riportata sono indicati i saldi per macro-aggregati di Bilancio:

<i>Codice</i>	<i>Descrizione</i>	<i>Bilancio Preconsuntivo 2022 = Stima previsione 2023</i>
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	1.138.235.498
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	1.262.894.852
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-175.650
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-1.635.751
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	20.078.750
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-147.011.996

Il risultato negativo del Modello CE al IV trimestre 2021 appena illustrato risente principalmente:

- dalla mancata valorizzazione in preconsuntivo del contributo al fondo di sostegno, dei contributi covid e dei contributi per payback che al 31.12.2021 consistevano in € 97.251.725;

- della quantificazione stimata del Valore della Produzione che comporta per l'anno 2022 una ulteriore perdita rispetto al 2021 a causa della chiusura delle sale operatorie del P.O. di Taormina;
- della mancata valorizzazione rispetto al 2021 di gestione straordinaria;
- dall'aumento dei costi per energia elettrica e gas, nonché di altra natura di costi (per esempio pulizia, assicurazione, mensa).

La programmazione economica sarà oggetto di revisione a seguito di predisposizione del Bilancio di Previsione 2022, del Bilancio di Esercizio 2022, che cristallizza la situazione di partenza, e della negoziazione delle risorse finanziarie con la Regione, a seguito della quale verrà attribuito l'ammontare dell'assegnazione annua e verrà concordato il risultato d' esercizio obiettivo 2022.

Nelle more che si definisca meglio il quadro economico di riferimento, si procederà all'assegnazione provvisoria del Budget economico 2022, in misura pari al Budget rideterminato 2022, ai diversi centri di responsabilità aziendali. Come già avvenuto nella scorsa annualità, lo stesso Budget sarà oggetto di revisione in corso d'opera, dopo la predisposizione del Bilancio di Previsione 2023 e nel caso in cui dall'andamento della spesa e dal monitoraggio periodico si rilevassero particolari esigenze gestionali o nell'eventualità che intervenissero nuove disposizioni normative.

Dal punto di vista finanziario l'Azienda dispone di liquidità sufficiente a garantire i pagamenti dei debiti correnti entro i termini fissati dalla normativa vigente (in particolare DPCM 22/09/2014).

Con riferimento ai debiti pregressi, sussistono numerose partite incagliate per contenziosi in corso e/o per note di credito da ricevere, per i quali si procederà ad approfondimenti per pervenire alla definizione degli stessi ove possibile. Si precisa che con riferimento alle Note di credito da ricevere da Case di Cura e privati accreditati, a fine 2022 si è proceduto alla sistemazione contabile delle partite con la Casa di Cura Cappellani, con la Casa di cura COT e con la ditta CRD. In corso di definizione le partite contabile con la casa di cura Villa Salus per gli anni 2005/2009.

Nel 2022 si assiste ad un notevole miglioramento dell'Indice di tempestività dei pagamenti dimostrato dalla percentuale di pagamento delle fatture di competenza 2022 pari a circa l'80% eseguito con una media di circa 12 giorni di anticipo rispetto ai termini normativi vigenti; il miglioramento è da ricondurre ad una tempestiva registrazione delle fatture ed ad una migliore organizzazione dell'attività di liquidazione sul territorio e non., Tuttavia si rileva che essendo in incremento anche i pagamenti di partite pregresse l'ITP complessivo passa a 24,53 registrando comunque un ritardo medio inferiore a 12 giorni rispetto al 36,78 dell'anno 2020 e al a 34,70 dell'anno 2021.

2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE

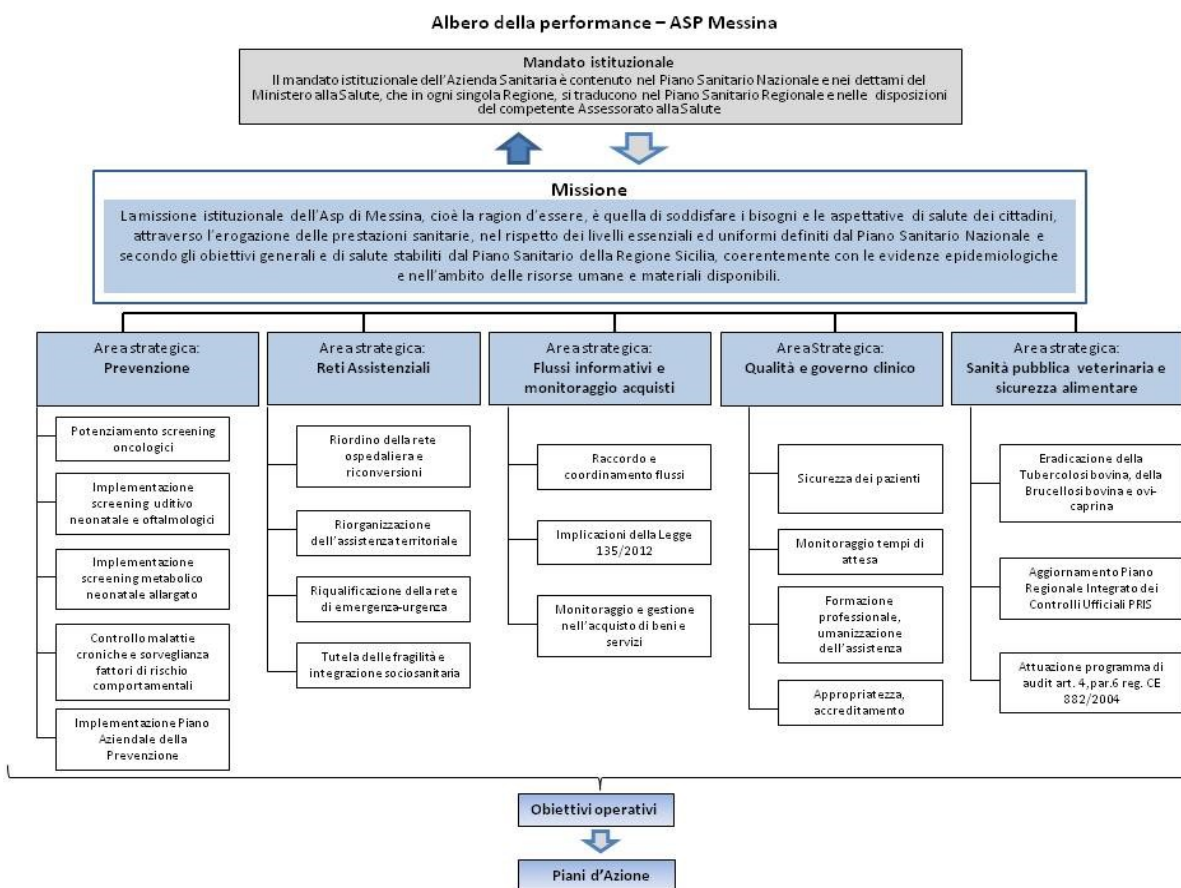
Albero della Performance

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:



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

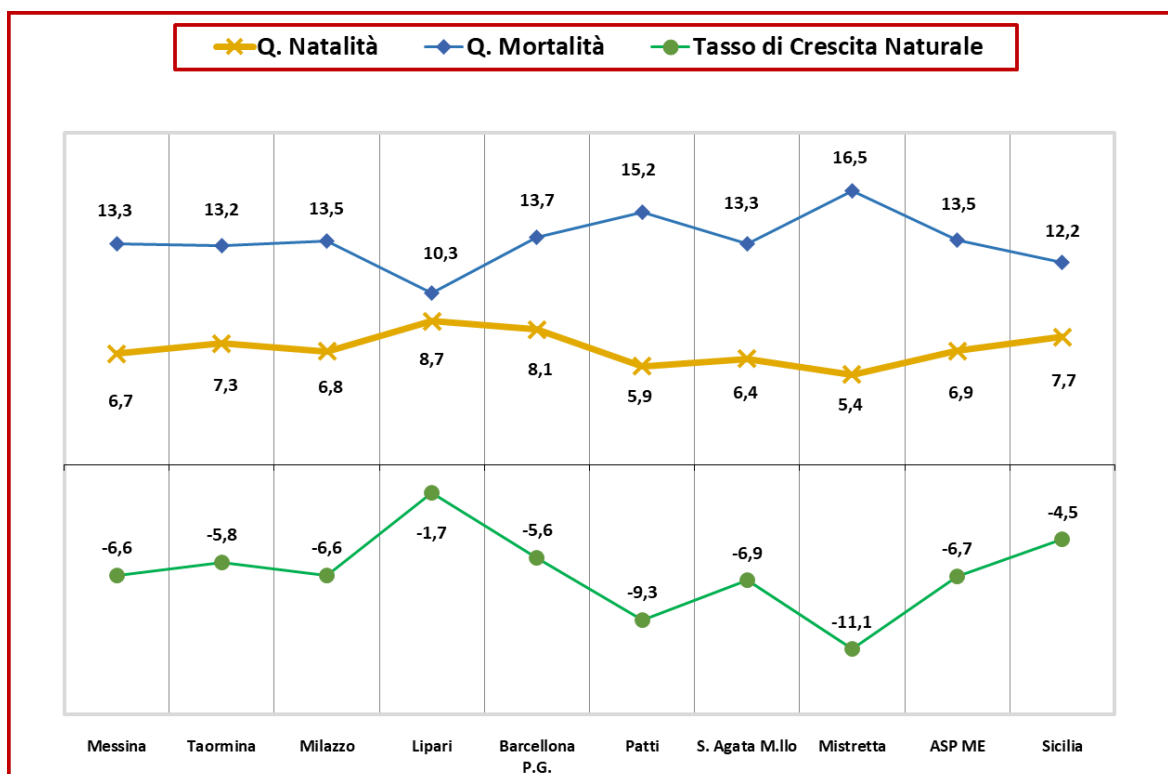
La serie di immagini che si ottiene fotografando, in senso dinamico, il contesto esterno e di seguito quello interno permette di tracciare la strada da percorrere nella definizione delle azioni strategiche che conducono all'obiettivo finale, pertanto, la strategia dell'ASP di Messina non può prescindere 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 1/1/2022 mediamente nell'intera Provincia per ogni 13,5 persone che muoiono ogni 1.000 abitanti, ne nascono 6,9. 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

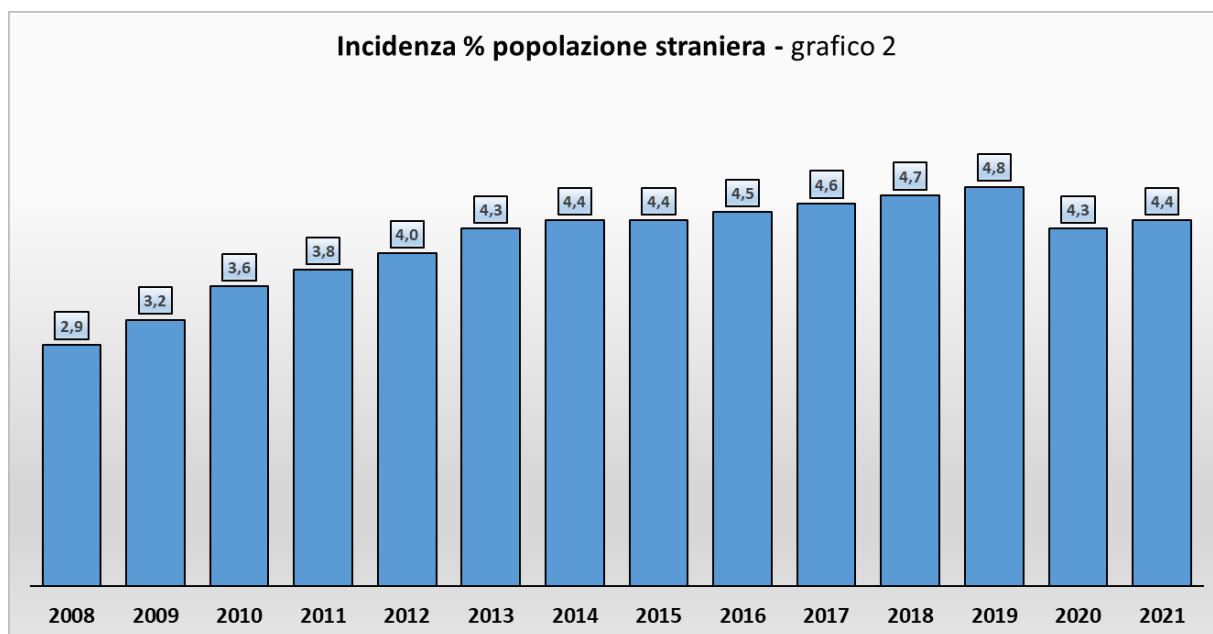


Nel corso degli anni sono aumentati i cittadini stranieri determinando una differenziazione tra

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 2008 al 2021.

Nel 2021 si registra un lieve incremento dell'incidenza della popolazione straniera rispetto al 2020, anno in cui è stato invertito il trend di crescita degli anni precedenti; probabilmente l'emergenza sanitaria legata alla diffusione del Covid ha causato una riduzione dei flussi migratori.



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'1/01/2022 risiedono 188,94 abitanti per Km², distribuiti in modo disomogeneo nei diversi contesti territoriali. Da una concentrazione di 611,48 abitanti nel distretto della città capoluogo, si passa ad una bassa densità di 55,12 abitanti per Km² nell'ambito del distretto di Mistretta.

DISTRETTI SANITARI - densità abitativa al 01.01.2022		
Distretti	Superficie/ Km²	Densità abitativa Abitanti/ Km²
Messina	424,67	611,48
Milazzo	245,42	297,46
Barcellona P.G.	419,04	160,44
Patti	348,14	131,14
Lipari	114,71	130,95
S. Agata M.llo	722,95	95,50
Taormina	625,57	88,63
Mistretta	276,94	55,12
Totale	3.177,44	188,94

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.

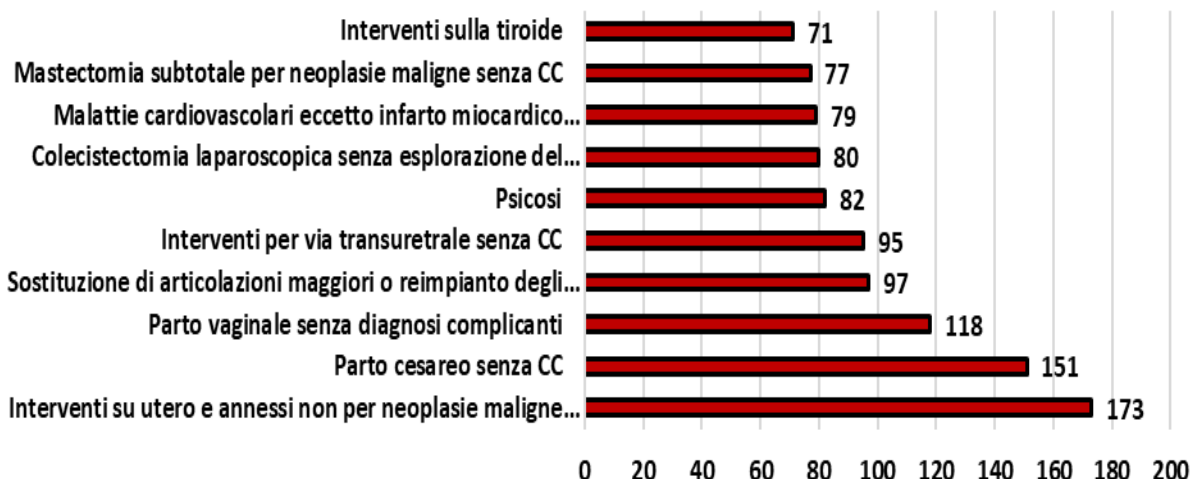
In provincia, la sede più importante è la Raffineria Mediterranea di Milazzo. Cantieri navali anche a Giamporo. Qui trovano spazio anche le acciaierie. Un'importante centrale elettrica si trova a San Filippo del Mela.

Mobilità Passiva Intra Regionale ed Extra Regionale per DRG

Per quanto riguarda la mobilità passiva extra regione si registrano 4.060 ricoveri ordinari dei quali 2.349 hanno DRG chirurgici (fonte PROD - anno 2021).

Relativamente alla mobilità passiva intra regione, come rappresentato nel grafico che segue, il DRG con maggiore fuga di ricoveri di residenti nella provincia di Messina (con esclusione dei residenti a Capizzi) è "Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC". (fonte PROD - anno 2021)

ASP Messina - DRG con maggiore mobilità passiva intra regione

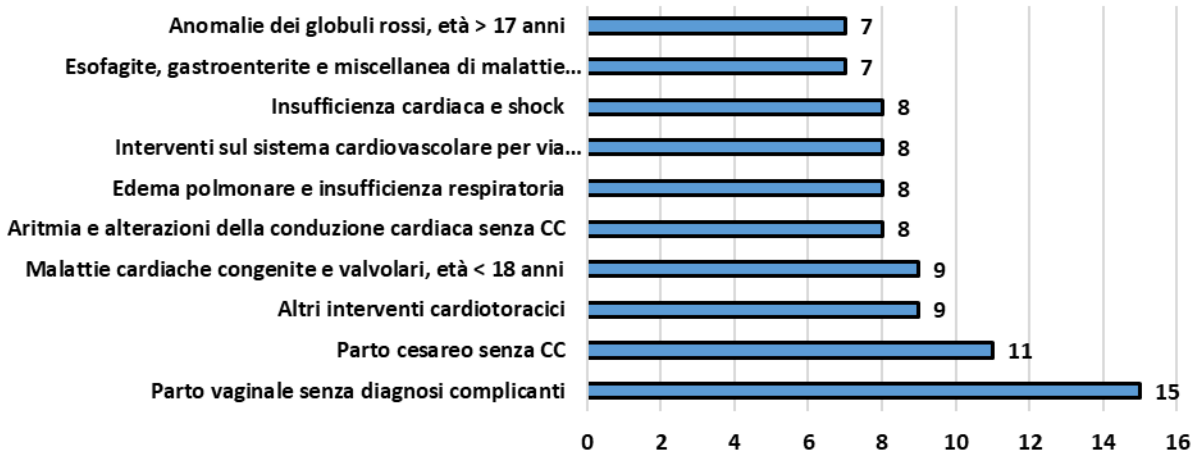


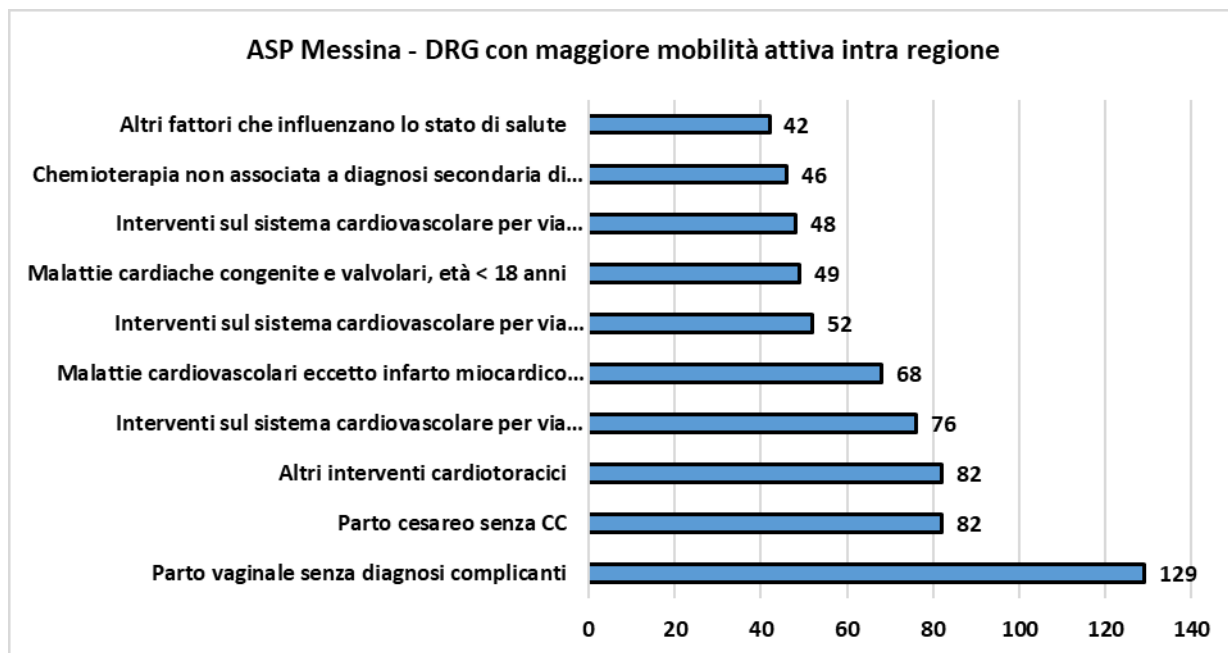
Mobilità Attiva Extra-Regione ed Intra-Regione per DRG

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", Altri interventi cardiotoracici", "Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni" e Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC".

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 cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata" 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 2021).

ASP Messina - DRG con maggiore mobilità attiva extra 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 2022 un lieve decremento del personale dipendente pari all' 0,37% rispetto all'anno precedente. In particolare, il decremento maggiore si riscontra nell'area della dirigenza medica e nell'area tecnica del comparto.

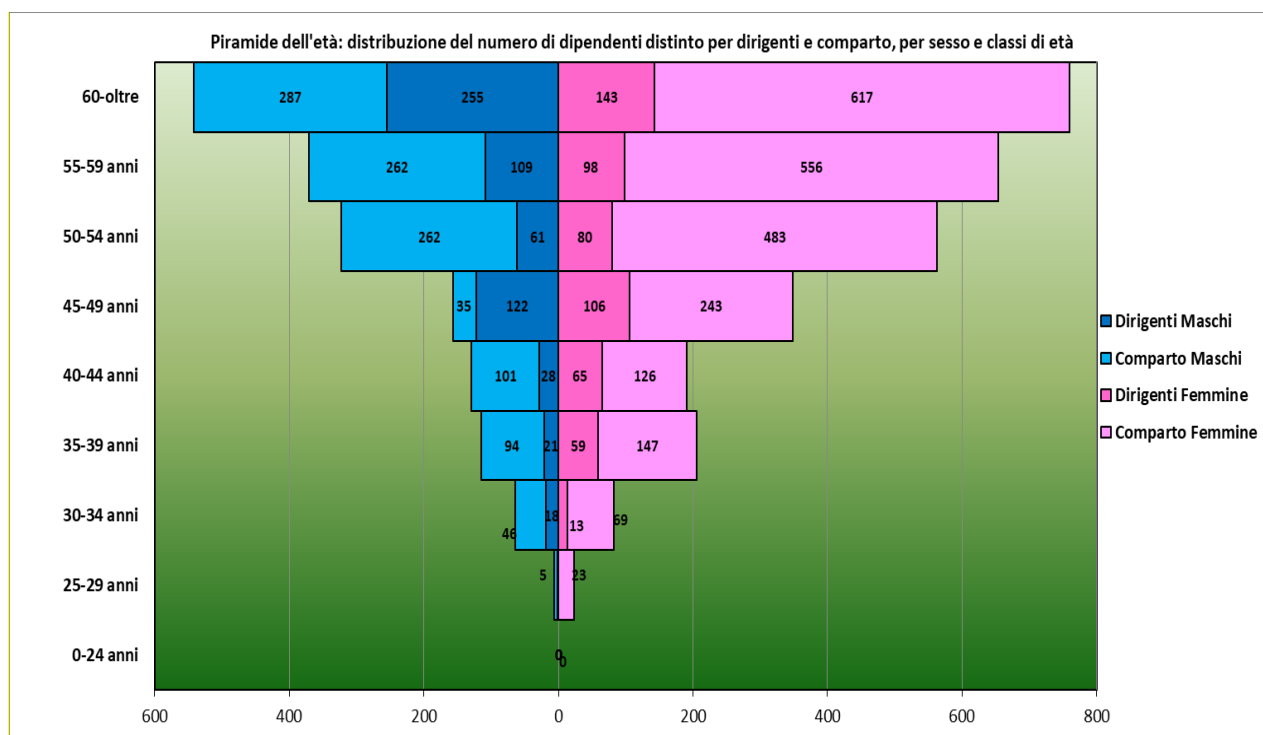
	2020			2021			2022		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Dirigenza	588	626	1.214	573	575	1.148	564	528	1.092
<i>Amministrativa</i>	11	7	18	13	6	19	19	6	25
<i>Medica</i>	460	541	1.001	442	497	939	427	463	890
<i>Sanitaria non medica</i>	101	29	130	104	28	132	103	22	125
<i>Tecnica</i>	6	2	8	5	1	6	5	1	6
<i>Professionale</i>	3	5	8	3	5	8	4	4	8
<i>Veterinaria</i>	7	42	49	6	38	44	6	32	38
Comparto	2.207	1.216	3.423	2.213	1.191	3.404	2.264	1.179	3.443
<i>Amministrativo</i>	278	123	401	283	136	419	341	140	481
<i>Sanitario</i>	1.394	795	2.189	1.389	764	2.153	1.387	760	2.147
<i>Tecnico</i>	533	297	830	539	290	829	534	278	812
<i>Professionale</i>	2	1	3	2	1	3	2	1	3
Totale (Dirigenza+Comparto)	2.795	1.842	4.637	2.786	1.766	4.552	2.828	1.707	4.535

Per quanto concerne la distribuzione per sesso (vedi grafico a piramide) si evidenzia una prevalenza di donne (62,36%) rispetto agli uomini (37,64%). Nel dettaglio si evidenzia un maggior numero di donne nell'area del comparto (65,76%) mentre nell'area della dirigenza sono presenti più uomini (48,35%) che donne.

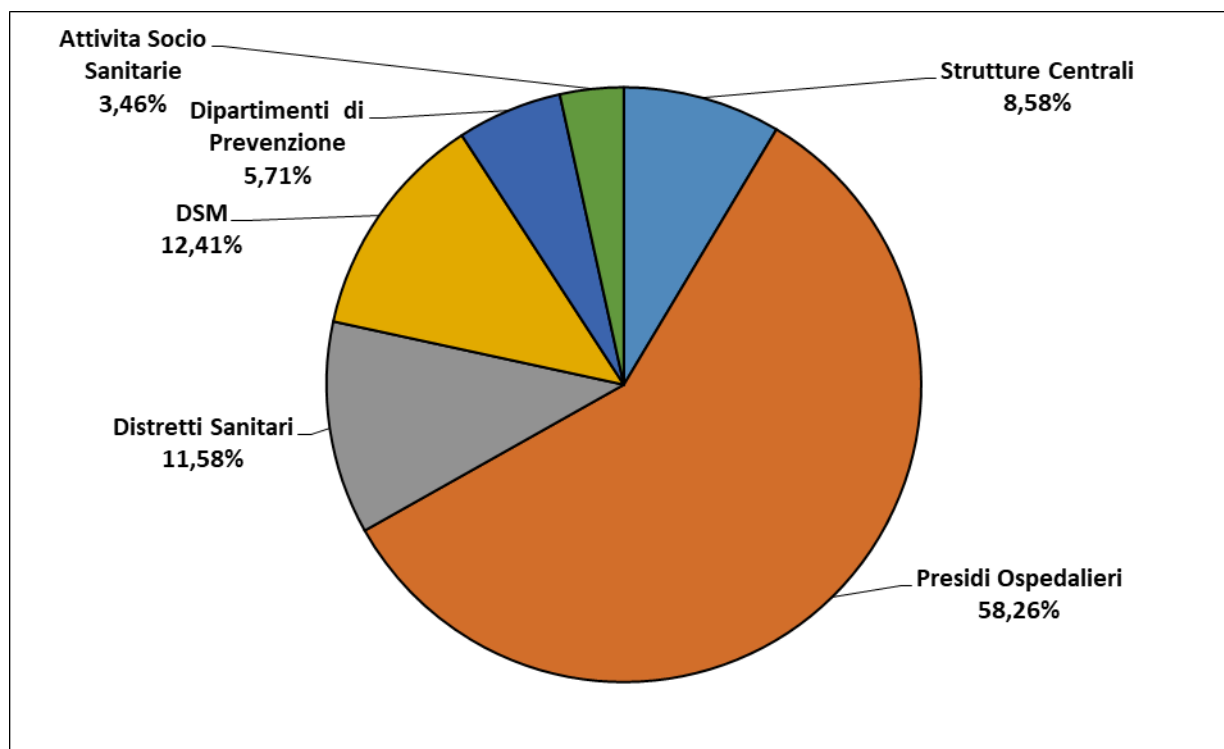
Considerando l'età si nota una incidenza maggiore del personale nelle classi di età più avanzate: l'82% del totale dei dipendenti è ultra quarantacinquenne con un'età media di 53 anni. La classe di età che ha un peso maggiore è quella con età superiore ai 60 anni seguita da quella con età compresa tra i 55-59 anni che insieme costituiscono il 51,31% del totale dei dipendenti.

Nel grafico a torta è riportata l'assegnazione del personale in servizio al 31 dicembre 2022 nelle diverse aree aziendali.

Oltre la metà del personale dipendente (58,26%) è assegnato ai Presidi Ospedalieri; il 11,58% è assegnato ai Distretti Sanitari; il 12,41% è assegnato al DSM (dove afferiscono le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Infantile); il 5,71% è assegnato alla Prevenzione Medica e Veterinaria; il 3,46% al Dipartimento Attività Socio Sanitarie e il rimanente 8,58% svolge il proprio servizio nell'ambito delle Strutture Centrali di supporto.



Distribuzione per area di assegnazione del personale dipendente



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 2022.

Obiettivi strategici e obiettivi operativi Risultati anno 2022

Si ritiene opportuno rappresentare i risultati raggiunti per il trascorso anno 2022 che costituiranno oggetto di analisi specifica e dettagliata nella relazione sulla performance che verrà redatta successivamente.

Per quanto riguarda l'attività programmatica, poiché la Regione Siciliana non ha ancora individuato gli obiettivi per l'anno 2023, 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 17.11.2022 l'Azienda è stata convocata per l'incontro di monitoraggio dell'andamento di gestione delle risorse finanziarie per l'anno 2022 con l'Assessorato regionale della Salute. Tuttavia, in occasione del suddetto incontro, sono state fornite alcune informazioni all'Azienda sull'assegnazione delle risorse finanziarie 2022 ed in particolare sull'assenza di contributi Covid specifici, nonché sono state date indicazioni per rettificare il Modello CE stima a finire 2022 al fine di addivenire ad un risultato migliorativo rispetto a quello precedente. Si precisa che nel modello CE stima a finire 2022 non erano state inserite le somme relative agli incarichi affidati per lavori propedeutici al PNRR ma a carico sul bilancio, già ampiamente descritti nelle varie relazioni di accompagnamento ai modelli CE, ammontanti per l'anno 2022 a **€ 2.013.908.32**.

Il Modello CE preconsuntivo 2022, come da nota prot. 57511/2022, verrà trasmesso all'Assessorato della Salute entro la scadenza prevista.

Non essendo, quindi, ancora intervenuta la negoziazione di risorse finanziarie per l'anno 2022, 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 IV trimestre 2022 non è risultata sufficiente a coprire tutti i costi aziendali.

Il 2022 è stato, peraltro, un anno caratterizzato dall'evento straordinario della pandemia COVID che ha inciso pesantemente sull'andamento economico con costi sostenuti anche oltre il termine di scadenza del periodo emergenziale vale a dire il 31.03.2022. Il risultato del Modello CE Stima a finire 2022 rileva un risultato negativo di circa 140 milioni di euro. Tale incremento di costo rispetto all'anno 2021 è riconducibile a diverse poste, al netto di alcune che si compensano, tra cui oltre alla mancata rilevazione del contributo al fondo di sostegno e dei contributi Payback (ammontanti per l'anno 2021 rispettivamente a € 33.297.000 ed € 17.290.180):

- - 27,1 milioni di euro di decremento per Decreti Covid e contributi rinnovi contrattuali voce AA032;
- + 4,2 milioni di rettifica dei contributi per investimenti 2022 programmati;
- 11,8 milioni di decremento per utilizzo fondi per progetti;
- - 10,7 milioni di decremento di contributi vincolati;

- - 34,1 milioni di decremento dell'indistinto per non rilevazione del Contributo per accesso al Fondo di Sostegno;
- 4,4 milioni di decremento mobilità attiva per produzione stimata;
- 1,2 milioni di incremento della farmaceutica convenzionata;
- 4,7 milioni di euro di decremento per tamponi da Azienda del SSR;
- 3,8 milioni di decremento per prestazioni aggiuntive Covid;
- 8,0 milioni di incremento di costi per elettricità e gas;
- 3,6 milioni di decremento del costo del personale;
- 54,4 milioni di differenza sulla gestione straordinaria.

In conclusione in assenza dell'assegnazione delle risorse per l'anno 2022 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 di questa ASP è quello di tutelare la salute dei cittadini, garantendo l'accesso equo (in base al bisogno di salute) alle prestazioni efficaci. Come qualsiasi organizzazione deve agire nel rispetto delle risorse disponibili e questo vincolo è oggi in forte difficoltà a causa della crescente domanda di prestazioni da parte dei cittadini, situazione che si verifica in questi anni in tutti i paesi avanzati. Per gestire la crescente richiesta di prestazioni occorre 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 2022 il perdurare della Sars Covid-2 ha ancora condizionato la ripresa dell'attività assistenziale nelle migliori condizioni di sicurezza possibili per utenti, assistiti e personale con l'allungamento delle liste di attesa e un maggiore rischio di peggioramento degli indicatori di salute per la popolazione non affetta da Sars Covid-2 costretta a ritardare l'accesso alle cure. Una ulteriore criticità è stata quella di dover programmare il recupero delle prestazioni non erogate con risorse professionali ridotte.

A tal fine questa Azienda in ottemperanza al D.A. n. 334 del 27.04.2022 e del successivo D.A. n. 657 del 27.07.2022 ha rimodulato ed attivato il Piano Aziendale Ospedale – Territorio di Recupero delle Liste di Attesa recuperando entro il 31.12.2022 prestazioni ambulatoriali, di ricovero e screening afferenti a pazienti oncologici e cronici, rendicontando l'attività svolta secondo la periodicità e lo standard di formato riportate nelle schede di monitoraggio trimestrale fornite dall'Assessorato Regionale alla Salute avvalendosi degli strumenti straordinari previsti dall'art. 29 comma 9 del D.L. 104/2020 integrato dal D.A. n. 212/2021.

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 2022:

In seguito alla conclusione dell'iter della procedura selettiva comparativa per titoli e colloquio per il conferimento di incarichi professionali annuali hanno preso servizio le seguenti figure professionali: n. 1 medico di neuropsichiatria infantile, n.2 psicologi, n. 2 psicologi terapeuti, un terzo psicologo non ha preso servizio per maternità. Nel 2022 le graduatorie sono state esaurite pertanto in data 18.11.2022 con nota prot. 396/CSNI la Direzione del MD UOC NPJA ha richiesto un nuovo avviso per il reclutamento del personale previsto da DA per l'autismo, al fine del contenimento della lista d'attesa per i minori che necessitano il trattamento per il DA.

Sono state prorogate 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.

Continuano per la seconda annualità le attività mini équipes domiciliari ricadenti nel territorio dei tre Centri Diurni per l'Autismo.

Per quanto riguarda l'implementazione della RETE è stato firmato il Protocollo di intesa con il Comune di Messina per l'attivazione del Centro Diurno Area Metropolitana c/o l'Istituto Marino di Mortelle, ed è stata effettuata la consegna dei locali.

Contenimento della spesa riferita al personale

La spesa del personale al 31/12/2022 risulta contenuta nel tetto di spesa assegnato dall'Assessorato come di seguito precisato:

Tetto di spesa Azienda= € 236.000.000,00

Costo= € 189.620.780,10

Al netto del costo dei rinnovi contrattuali, del personale appartenente alle categorie protette e della medicina penitenziaria.

Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato

Il tetto di spesa del personale a tempo determinato risulta fissato in euro/mgl 17.3 pari al 50% della spesa dell'anno 2009 ai sensi del D.L. 78/2010 nel testo convertito dalla L. 122/2010. La spesa del personale a tempo determinato per l'anno 2022 ammonta a: euro/mgl 20.070.601,30. Al fine di ridurre la predetta spesa, entro i limiti previsti dal D.L. n. 78/2010 convertito in L. 122/2010, sono state attivate molteplici procedure di reclutamento previste dalla vigente normativa, procedure concorsuali e di mobilità, stabilizzazioni e precisamente:

Concorso pubblico, titoli ed esami, n. 17 posti di Dirigente Medico varie discipline: Mcau, Chirurgia Generale, Malattie Apparato Respiratorio, Medicina TrASFusionale.

Concorso pubblico per titoli ed esami per 41 di dirigente Medico varie discipline: OSSB, Igiene ed Epidemiologia e Sanità pubblica, Oncologia Medica, Nefrologia, Patologia Clinica, Anatomia Patologica.

Concorso pubblico per titoli ed esami per 28 posti di Dirigente Medico varie discipline: Gastroenterologia, Ortopedia e Traumatologia, Cardiologia, Anestesia e Rianimazione. Sono, altresì, in corso di espletamento seguenti concorsi avviati nel 2018: Dirigente Veterinario Area B, Medicina Interna, Geriatria.

Sono state espletate o sono in corso di definizione le seguenti procedure di mobilità: Dirigente medico di Medicina TrASFusionale, Dirigente medico di Urologia, Dirigente medico di Neuropsichiatria Infantile, Collaboratore professionale sanitario infermiere, Ausiliario specializzato.

Sono stati emanati diversi avvisi per la stabilizzazione del personale precario in possesso dei requisiti previsti dall'art. 20 del Decreto legislativo 25 maggio 2017 n. 75 e dell'art. I, comma 268 lett. B) della legge 234/2021; le procedure di nomina per alcune figure sono incorso.

Le suddette procedure in corso di definizione consentiranno per l'anno 2023 numerose nomine di personale a tempo indeterminato mentre per il 2022 hanno consentito l'immissione in servizio di n. 189 unità e precisamente: n. 73 Dirigenti Medici, n. 4 Dirigenti farmacisti, n. 6 Dirigenti Psicologi, n. 2 Dirigenti Biologi, n. 46 Collaboratore professionale sanitario - Infermiere, n. 10 Collaboratore professionale sanitario- Tecnico della prevenzione, n. 9 Collaboratore professionale sanitario- Tecnico di laboratorio, n. 2 Collaboratore professionale sanitario - Tecnico di radiologia, n. 3 Collaboratore professionale sanitario- Fisioterapista, n. 1 Collaboratore professionale sanitario- Ostetrica, n. 8 OSS, n. 2 Ausiliari, n. 9 Collaboratori amministrativi, n. 2 Coadiutori amministrativi, n. 1 operatore tecnico, n. 1 autista, n. 2 operatore Ced, n. 1 commesso.

Nell'anno 2022 sono stati assunti altresì, n. 72 unità di diversi profili professionali mediante autorizzazione al comando, a copertura di posti vacanti il cui onere non grava sulla spesa sostenuta per il personale a tempo determinato.

Complessivamente nell'anno 2022 sono stati assunti a tempo indeterminato n. 253 unità di diversi profili professionali: n. 52 unità per concorso, n. 72 per mobilità, 65 per stabilizzazione cui si aggiungono n. 64 unità per comando.

Va infine precisato che la carenza di professionisti sul mercato del lavoro, nonostante le numerose azioni di reclutamento intraprese dall'Azienda, non ha reso possibile soddisfare il fabbisogno di personale. Infatti la partecipazione alle procedure concorsuali è molto esigua con la conseguenza che alla conclusione dell'iter amministrativo le graduatorie sono formate da pochi professionisti che in diversi casi non accettano l'assunzione.

Inoltre nel medesimo anno 2022 si sono registrate n. 200 cessazioni dal servizio per pensionamento che, per garantire il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza e l'efficiente erogazione dei servizi sanitari, hanno reso necessario il ricorso al conferimento degli incarichi, costituendo l'unica modalità celere di reclutamento, nelle more del completamento delle procedure per la copertura dei posti vacanti a tempo indeterminato.

A ciò si aggiunge la circostanza che lo stato emergenziale derivante dalla pandemia da covid 19 ha reso necessario e indispensabile il ricorso a contratti a tempo determinato per fare fronte alla pressante richiesta di prestazioni sanitarie nelle strutture dell'Azienda.

Lo stato emergenziale ha rallentato e per un notevole periodo non ha consentito l'espletamento delle prove previste nelle procedure di reclutamento a tempo indeterminato per le misure di contenimento e di contrasto alla diffusione del virus, che non consentivano la convocazione dei candidati.

In conclusione si evidenzia che le azioni di reclutamento poste in essere produrranno effetti più consistenti sulla riduzione degli incarichi e conseguenziale riduzione della relativa spesa nel corso dell'anno 2023 stante che si prevede un aumento delle assunzioni a tempo indeterminato per effetto della definizione delle procedure sopradescritte ancora in itinere (concorsi e stabilizzazioni) nonché delle nuove procedure avviate o che saranno avviate nell'anno in corso.

Acquisto di beni e servizi nel rispetto della normativa vigente

L'UOC Provveditorato, al fine del raggiungimento degli obiettivi Contrattuali del Direttore Generale "Acquisto di beni e servizi" ha proceduto in ossequio della normativa vigente all'avvio e conclusione delle procedure di gara per l'approvvigionamento dei beni e servizi necessari a questa Azienda.

Per quanto attiene:

Le procedure sotto soglia è stato fatto ricorso al Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione laddove presenti le categorie merceologiche di riferimento così come previsto dal D. Lgs. n. 50 del 2016 e ss.mm.ii.;

Le procedure di valore superiore alla soglia di cui all'art. 35 del D. Lgs. n. 50 del 2016 e ss.mm.ii. sono state bandite ai sensi dell'art. 60 del sopra citato Decreto sulla piattaforma telematica in uso presso l'UOC Provveditorato, attraverso le Convenzioni, gli accordi quadro stipulati da Consip s.p.a. ed il Sistema Dinamico di Acquisizione ove presenti le categorie merceologiche di riferimento.

Per quanto riguarda le procedure di affidamento diretto, nel rispetto dei principi di trasparenza, libera concorrenza e rotazione si è proceduto mediante preventiva pubblicazione di avvisi di indagine di mercato o attivando il confronto tra più preventivi.

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 evidenzia che le fasi progettuali hanno avuto un notevole ritardo a causa delle limitazioni per l'emergenza Covid 19 e si relaziona quanto segue.

Per il Lotto n. 1, relativo ai "Lavori di ristrutturazione per l'ampliamento del Pronto Soccorso del P.O. di Milazzo":

Incarico professionale al RTP 3TI Progetti Italia Ingegneria Integrata spa - Architettura Engineering srl con contratto del 29.11.2019.

Parere igienico sanitario rilasciato sul progetto con nota prot. n. 123929 del 06.10.2021;

Parere di conformità sismica è stato rilasciato sul progetto dal Genio Civile con prot. n. 181469 del 29.11.2021.

Il progetto è stato oggetto di verifica ed approvazione tecnica il 16.12.2021.

Con deliberazione n. 1559/CS del 01.04.2022 si è proceduto all'approvazione amministrativa del progetto indicando la gara per l'affidamento dei lavori.

Con deliberazione n. 3620/CS del 02.09.2022 sono stati aggiudicati i lavori con il ribasso del 30,581% per l'importo netto contrattuale di complessivi € 1.149.289,30.

Con nota prot. n. 0086630 del 25.10.2022 il Comune di Milazzo ha rilasciato attestazione di conformità urbanistica ed edilizia al progetto di cui alla SCIA presentata.

Con deliberazione n. 4784/CS del 21.11.2022 è stato affidato l'incarico di collaudatore statico richiesto dal Genio Civile per l'inizio dei lavori.

L'aggiudicazione predetta è stato oggetto di ricorso presso il TAR di Catania.

L'inizio dei lavori è altresì subordinato allo sgombero dei locali interessati all'intervento.

Per il Lotto 2, relativo ai "Lavori di ristrutturazione per l'ampliamento del Pronto Soccorso del P.O. di Sant'Agata di Militello"

Con deliberazione n.1800/DG del 16.7.2019 è stato aggiudicato l'incarico professionale di progettazione, D.L. e Coord. Sicurezza al RTP Promedia s.r.l. con contratto del 27.11.2019.

Il parere igienico-sanitario viene rilasciato dal SIAV con prot. n. 119242 del 19.10.2020.

Il progetto esecutivo completo viene consegnato all'Amministrazione con pec del 28.01.2021, verificato dall'UOC Tecnico e approvato tecnicamente il 17.02.2021.

Con deliberazione n.952/DG del 22.03.2021 è stato approvato il progetto esecutivo per l'importo complessivo di Euro 750.000,00 e indetta la procedura di gara.

I lavori sono stati aggiudicati con Deliberazione n° 1674/DG del 13/05/2021 all'impresa Chiofalo Group srl con ribasso del 34,316%.

Essendo i locali utilizzati, a seguito nota del 23.06.2021 del Comune di Sant'Agata di Militello di parere favorevole sulla CILA, il 28.06.2021 - previa suddivisione dei lavori in fasi successive - si procede alla consegna parziale d'urgenza dei lavori (fase 1).

Con nota prot. n. 165951 del 02.11.2021 il Genio Civile ha rilasciato autorizzazione relativa all'ampliamento della Camera Calda.

Con verbale del 04.11.2021 si è proceduto alla consegna definitiva assegnando il termine di gg. 60 per l'ultimazione della 1^ fase dei lavori (scadenza 03.01.2022) necessaria per lo spostamento dei locali interessati alla "Fase 2" della durata fissata in ulteriori gg. 120 dalla consegna.

I lavori sono stati sospesi dal 03.01.2022 al 22.06.2022 per indisponibilità degli ambienti interessati alla Fase 2 dell'intervento.

Sono stati sospesi, altresì dal 28.07.2022 al 21.09.2022, per motivi di sicurezza relativi alla bonifica degli ambienti.

Con deliberazione n. 4492/CS del 28.10.2022 (parere tecnico n. 227 del 19.09.2022) è stata approvata P.V.S. con maggiore importo netto di lavori di € 16.908,59.

L'ultimazione dei lavori, già fissata per il 19.01.2023, come preannunciato dall'impresa, a causa di ritardi nella fornitura in cantiere delle macchine di climatizzazione e dei quadri elettrici (configurabili – secondo la delibera ANAC 227/2022 – quali cause di forza maggiore per l'emergenza epidemiologica e dell'attuale crisi bellica) subirà delle dilazioni prevedendo la fine dei lavori per febbraio 2023.

Ad oggi sono stati posti in liquidazione n. 2 S.A.L. (importo di € 121.170,29 + € 153.469,05 = € 274.639,34 oltre IVA).

Assistenza farmaceutica

In riferimento all'obiettivo si riporta nella tabella il consuntivo degli scostamenti 2022 sui tetti di spesa assegnati con DA 1477/2021 del 30.12.2021 su 9 categorie di Farmaci per il periodo gennaio-novembre 2022. Lo scostamento risulta essere pari ad € 7.553.522,00 (Sistema TS) con uno scostamento percentuale in più del 17,97%.

Classe ATC	Valore Obiettivo 2022	Valore Obiettivo Gennaio-Novembre 2022	Spesa Gennaio-Novembre 2022	Differenza	Scostamento %	Scostamento % rispetto anno precedente
A02 - Farmaci per disturbi correlati all'acidità	€ 8.686.277,76	€ 7.962.421,28	€ 8.147.335,00	€ 184.913,72	2,32	-0,29%
A10 - Farmaci usati nel diabete	€ 5.079.098,32	€ 4.655.840,13	€ 5.055.527,00	€ 399.686,87	8,58	-7,52%
C09 - Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	€ 12.344.870,94	€ 11.316.131,70	€ 13.008.662,00	€ 1.692.530,31	14,96	-1,78%
C10 - Sostanze modificatrici dei lipidi	€ 8.436.745,38	€ 7.733.683,27	€ 10.376.382,00	€ 2.642.698,74	34,17	4,51%
G04 – Urologici	€ 2.866.931,21	€ 2.628.020,28	€ 2.680.362,00	€ 52.341,72	1,99	-0,51%
J01 - Antibatterici per uso sistemico	€ 5.176.432,48	€ 4.745.063,11	€ 6.135.202,00	€ 1.390.138,89	29,30	24,11%
J02 - Antimicotici per uso sistemico	€ 633.063,97	€ 580.308,64	€ 777.192,00	€ 196.883,36	33,93	-6,09%
M01 - Farmaci antinfiammatori ed antireumatici	€ 1.513.183,93	€ 1.387.085,27	€ 2.012.884,00	€ 625.798,73	45,12	6,95%
M05 - Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	€ 1.128.912,37	€ 1.034.836,34	€ 1.403.366,00	€ 368.529,66	35,61	-2,79%
TOTALE	€ 45.865.516,36	€ 42.043.390,00	€ 49.596.912,00	€ 7.553.522,00	17,97	

Dall'esame dei dati si evidenzia la notevole difficoltà del mantenimento dei tetti di spesa previsti da DA 1477/2021 malgrado si assista ad una certa riduzione della spesa lorda per 6 categorie su 9 rispetto all'anno precedente. Sono state poste in essere nel 2022 le seguenti attività per il contenimento della spesa farmaceutica: note informative per l'appropriatezza prescrittiva, reports contenenti l'andamento della spesa sostenuta da tutti i MMG e note di contestazione per iperprescrizioni.

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.

Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione

Premessa imprescindibile riguarda le modifiche normative intervenute a seguito dell'art.6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, che ha introdotto nell'ordinamento nazionale il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.), inteso come il documento unico di programmazione e governance, che dal 30 giugno 2022 ha assorbito molti dei Piani finora predisposti annualmente dalle amministrazioni pubbliche, e cioè performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile, anticorruzione.

In base a quanto previsto dai commi 5 e 6 dell'art.5 del D.L. 80/2021, a cui sono seguiti i differimenti in merito alla data di adozione del predetto P.I.A.O., questa A.S.P. ha dapprima proceduto, con deliberazioni n.1804/CS del 22/04/2022 e n.1992/CS del 05/05/2022 (di rettifica), all'adozione PTPCT 2022-2024, atteso che il D.L. n.221 del 30/12/2021 ha differito il termine di adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024 al 30/04/2022, come preso atto dall'ANAC con delibera n.1 del 12/01/2022.

Successivamente l'A.S.P. ha proceduto all'adozione del P.I.A.O. 2022-2024, con deliberazione 1887/CS DEL 29/04/2022, secondo le specifiche disposizioni della bozza del Decreto attuativo del dicembre 2021 ratificato dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n.132 del 30/06/2022, nel quale è ricompresa la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", elaborata secondo le predette disposizioni con i necessari richiami al suddetto P.T.P.C.T. 2022-2024.

Il P.T.P.C.T. 2022-2024 e la relativa sottosezione del P.I.A.O. 2022-2024 predisposti in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione 2013 (PNA), alla Determinazione ANAC n.12/2015, alla Delibera ANAC n.831/2016, alla Delibera ANAC n. 1208/2017, alla delibera ANAC n. 1074/2018, alla delibera ANAC n. 1064/2019, e al D.Lgs. n.33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, si pone in linea di continuità con i precedenti Piani aziendali, e ne rappresenta lo sviluppo a seguito sia delle analisi effettuate sull'efficacia delle misure adottate e sulle criticità riscontrate, che dell'evoluzione degli scenari normativi e contestuali.

Proseguendo il lavoro avviato negli anni precedenti sono state implementate distinte misure per aree generali e specifiche e per quasi tutti i processi di questa A.S.P., con una intensa attività di coinvolgimento di tutte le articolazioni e livelli aziendali, a seconda delle specifiche attività, anche ai fini dell'individuazione di nuovi processi e/o per l'integrazione/revisione di quelli già mappati.

Come nei precedenti anni, nel 2022 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 attività analitica 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.

Si è proseguito in tale direzione, 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", procedendo anche agli audit di verifica/monitoraggio su specifici processi inerenti alcune aree di rischio, anche in sede di eventuale necessaria revisione della mappatura dei processi, oltre a quelle programmate, anche per quelle strutture aziendali che ne hanno richiesto formale revisione.

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.

Il monitoraggio e la verifica dell'efficacia sono stati effettuati semestralmente 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 A.N.AC n.12/2015, dal PNA 2016 e dal PNA 2019.

In continuità con l'anno precedente anche nel 2022 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.

Nel corso del 2022 è stato effettuato da parte dell'OIV, come previsto dalla Delibera ANAC n.201 del 13/04/2022, recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2022 e attività di vigilanza dell'Autorità", in merito all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione prevista dall'art. 14, co. 4, lett. g), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, riguardante un campione di obblighi di pubblicazioni previsti per le pubbliche amministrazioni all'Allegato 2.1. della predetta deliberazione ANAC ed inerenti questa ASP. 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.

Relativamente agli obblighi di trasparenza, si precisa altresì, 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 2022, Bilancio Consuntivo 2021).

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 all'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° 1883/CS del 28.04.2022 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 2022.

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 2022.

Gli **Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi**, oggetto del sistema d'incentivazione, per l'anno 2022 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) 33% (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) 45% (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) 7% (Valore atteso: 50%) 2) NO
Coinvolgimento e collaborazione MMG	N. MMG con pulizia liste / N. MMG totali	1% (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.

Nell' ASP di Messina lo **screening mammografico** ha raggiunto degli ottimi risultati con un incremento di esami mammografici reso possibile anche grazie alle prestazioni aggiuntive per il recupero delle liste d'attesa, che ha consentito l'invio degli inviti non effettuati nel periodo covid e il recupero di 4.020 mammografie.

Lo **screening del cervicocarcinoma** ha risentito molto della carenza di personale dei consultori, sia per quanto riguarda l'attività istituzionale che per le prestazioni aggiuntive, per le quali si è osservata l'adesione solo di 9 consultori, che comunque hanno consentito l'invio degli inviti non effettuati nel periodo covid e il recupero di 1.155 esami citologici e 58 esami di II livello, con un incremento dell'indicatore LEA dal 21 al 33%.

Per quanto riguarda lo **screening del colon**, secondo l'accordo regionale con le Farmacie sono state attivate anche le farmacie dei Distretti di Patti, S. Agata e Mistretta con l'avvio dell'attività di processazione dei FOBT presso il Laboratorio del P.O. di Patti nel terzo quadrimestre 2022, registrando un ottimo risultato. Per quanto riguarda la zona ionica e il distretto di Messina le farmacie, attive fin dall'anno scorso, non hanno partecipato attivamente come auspicato.

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 circa n. 500 MMG attuali, molti dei quali sono di nuova assunzione, ne sono stati formati nel 2019 n.390 alcuni dei quali sono andati in pensione e sostituiti da nuovi medici, ai quali è stata proposta la formazione per via telematica attraverso la collaborazione con l'UO formazione, registrando una scarsa partecipazione. Attualmente la collaborazione dei MMG è quasi del tutto assente, nonostante siano stati inviati solleciti per la ripresa della stessa. Nell'anno 2022 solo 5 MMG hanno effettuato l'accesso al software per effettuare la pulizia delle liste. Dai dati di attività si evince che l'adesione agli screening è migliorata rispetto all'anno scorso ma il mancato raggiungimento degli obiettivi è ascrivibile alla scarsa collaborazione dei MMG e delle farmacie oltre che al persistere della cronica carenza di organico, che pone problemi rilevanti nella esecuzione dei test sia di primo 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.

I dati degli esiti di seguito riportati sono riferiti al periodo gennaio-novembre 2022 e potrebbero essere suscettibili di miglioramento dopo un'ulteriore verifica sulle SDO ed a consuntivo 2022.

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 46,32 % CC.CC 69,97 % Totale 60,66 %%

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) = PP.OO. Aziendali 27,41%
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 86,41%
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 80,77 % CC.CC 95,11% Totale 94,16%

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	≥90%	Settimana indice gennaio: B=56% D=79% U=43% P=96% Settimana indice aprile: B=54% D=70% U=53% P=93% Settimana indice luglio: B=100% D=72% U=40% P=93% Settimana indice ottobre: B=35% D=68% U=48% P=93%

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%	Dato Aziendale a novembre 2022: - Visite 52,93% - Prestazioni Diagnostiche 69,81% - Esami Specialistici 48,29%
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D/ N. prenotazioni con classe di priorità D	≥50%	Dato Aziendale a novembre 2022: - Visite 74,26% - Prestazioni Diagnostiche 62,65% - Esami Specialistici 58,22%
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità P/ N. prenotazioni con classe di priorità P	≥50%	Dato Aziendale a novembre 2022: - Visite 93,48% - Prestazioni Diagnostiche 74,30% - Esami Specialistici 88,64%
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%	95,35%

Descrizione Intervento - Priorità Novembre 2022	<i>Tot. Prestazioni Prenotate nei tempi massimi previsti</i>	<i>Prenotazioni richieste</i>	<i>% entro 30 giorni</i>
1 - Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	69	244	28,28%
2 - Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	0	4	0%
3 - Interventi chirurgici tumore maligno colon	43	47	91,49%
4 - Interventi chirurgici tumore maligno retto	9	17	52,94%
5 - Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	/	/	/

6 - Interventi chirurgici per melanoma	/	/	/
7 - Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	5	8	62,50%
8 - By pass artocoronarico	/	/	/
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	81	113	71,68%
10 - Endoarteriectomia carotidea	3	3	100%
11 - Intervento protesi d'anca	7	14	50%
12 - Interventi chirurgici tumore del Polmone	14	16	87,50%
13 - Colectomia laparoscopica	6	18	33,33%
14 - Coronarografia	104	146	71,23%
15 - Biopsia percutanea del fegato	4	4	100%
16 - Emorroidectomia	1	3	33,33%
17 - Riparazione ernia inguinale	23	32	71,88%

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 3 PN.

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 3 PN.

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 = 1,73% (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: <5%)

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 negli anni precedenti. Tale modalità ha inficiato i coefficienti di calcolo sui tempi di permanenza nei PS, rendendo vani gli interventi correttivi. <i>Dati nella tabella che segue</i>

Pronto Soccorso	Efficienza Operativa anno 2021	Categoria 2021	Valore Atteso anno 2022	Efficienza Operativa anno 2022	Categoria	Risultato anno 2022
Taormina	0,7830	1	Miglioramento del 70%	0,95125	1	Non raggiunto
Milazzo	0,077	1	Miglioramento del 70%	0,017	1	Raggiunto
Barcellona	76,057	3	Miglioramento del 70%	PS Covid		PS Covid
Lipari	0,012	3	Mantenimento	0,024	3	Raggiunto
Patti	0,019	3	Mantenimento	0,149	3	Raggiunto
S. Agata	0,164	1	Miglioramento del 70%	0,134	1	Non raggiunto
Mistretta	0,000	3	Mantenimento	0,261	1	Non raggiunto

Indicatore B	Valore Raggiunto
<p>Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo):</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Azione 1</i>: monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018; • <i>Azione 2</i>: attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; • <i>Azione 3</i>: adozione del Piano Aziendale per la Gestione del Sovraffollamento; • <i>Azione 4</i>: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento dei lavori. 	<p><i>Azione 1</i>: SI</p> <p><i>Azione 2</i>: SI</p> <p><i>Azione 3</i>: SI (Del. n. 1775/DG del 11.09.2019)</p> <p><i>Azione 4</i>: Il progetto si è concluso nel 2021 e si è in attesa di disposizioni assessoriali</p>

Obiettivo 6: Donazione Organi e Tessuti –

Indicatore 1	Valore Raggiunto
<p>Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma Nazionale Donazioni 2018-2020)</p>	<p>SI (delibera 2120/DG del 15.09.2016)</p>

Indicatore 2	Valore Raggiunto
<p>Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2022 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2021</p>	<p>Anno 2021 = 2 accertamenti Anno 2022 = 4 accertamenti</p>

Indicatore 3	Valore Raggiunto
<p>Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%</p>	<p>Sono stati eseguiti n° 4 accertamenti di cui 3 con opposizione al prelievo.</p>

Indicatore 4	Valore Raggiunto
<p>Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuor fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%</p>	<p>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.</p>

Obiettivo 7: Prescrizioni dematerializzate

OBIETTIVO		VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Sub obiettivi o 7.1	Aumento numero medici dipendenti abilitati	>35%	% 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) = 45,51%
Sub obiettivi o 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) = 179

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 890 (ospedalieri e territoriali) dei quali comunque non tutti hanno l'obbligo della prescrizione e dei SUMAISTI pari a 178 nel 2022. 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
1. Percentuale dei consensi alla consultazione trasmessi al sistema FSE-INI rispetto al numero dei pazienti ricoverati nel 2020	1. >5%	1. Obiettivo raggiunto.
2. Percentuale delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7	2. $\geq 90\%$	2. >90%
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)	3. 50% dei PS	3. Allo stato attuale l'ASP non è fornita di software o integrazione (aggiornamento) che permetta al Personale Sanitario del Pronto Soccorso di visionare il PSS, pertanto l'obiettivo non è stato raggiunto.

4. Avvio del conferimento al FSE-INI di verbali di PS, lettere di dimissione ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf.	4.50%	4. In corso. Da qualche mese il software della cartella clinica informatizzata è stato integrato di un pulsante per invio dati al F.S.E. ma, a causa della mancanza di firme digitali per ogni Dirigente medico, questi dati in atto non alimentano il F.S.E.
--	-------	--

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

OBIETTIVO	VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
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"	1) Sono state effettuate le attività di Audit 2) La griglia di verifica della valutazione del rischio, inoltrata all'Assessorato della Salute è pubblicata sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente"
	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

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 è prorogato.

Nel 2022 è stata effettuata l'attività di verifica prevista nel piano annuale di audit e gli audit delle azioni che necessitavano di follow-up.

Inoltre nel 2022 si è provveduto ad aggiornare i funzionigrammi aziendali con deliberazione n. 4596/CS del 09/11/2022 per le azioni A4.1, E7.1, F1.1, G1.1 e G2.1. e ad effettuare la revisione della procedura A5.1 "Definizione di una procedura di raccolta e condivisione tra i soggetti interessati dei rilievi/suggerimenti della Regione, del Collegio Sindacale e della funzione di Internal Audit" con deliberazione n.4179/CS del 11.10.2022.

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%). Realizzazione delle azioni previste dal Piano Attuativo Aziendale (Valore atteso: 100%) Per il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi si rimanda ai risultati riportati nell'apposito allegato 1 alla sottosezione "Performance" del presente PIAO.

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* non essendo stati assegnati obiettivi per il 2022.

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, Appropriately; 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).

L'integrazione con il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione anni 2022/2024**, con particolare sezione dedicata alla **Trasparenza**, nel 2022 ha consentito l'individuazione dei seguenti obiettivi di prevenzione negoziati ed integrati nelle schede di budget 2022 delle UU.OO. Aziendali i cui risultati sono riassunti nelle seguenti tabelle:

Obiettivi Anticorruzione - anno 2022			
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	Prosecuzione della formazione generale sui temi dell'etica, della legalità e della prevenzione del	n° partecipanti/n° dipendenti \geq 30%	Progetto Formativo Aziendale "Trasparenza, Anticorruzione e Codice di Comportamento nelle Aziende Sanitarie. Adempimenti e Responsabilità" – ASP MESSINA, destinato a tutte le

di Comportamento in funzione preventiva del rischio corruttivo	rischio corruttivo		professioni. L'obiettivo prefissato era il raggiungimento della copertura del 30% del personale di tutta l'ASP. Tale formazione è stata programmata dall'UO Formazione solo per le seguenti 4 giornate per cause non dipendenti dal RPCT. - 05/07/2022 P.O. Taormina (14 partecipanti) - 06/07/2022 P.O. Milazzo (n.22 partecipanti) - 07/07/2022 P.O. Patti (n.23 partecipanti) - 13/07/2022 P.O. S. Agata M.Ilo (n.25 partecipanti)
	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 2022 (in corso di svolgimento).
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 dall'ANAC, entro il termine del 15/01/2023.
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 2022			
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

Obiettivi Codice di Comportamento – anno 2022			
Obiettivo	Indicatori	Target	Risultato
Conformare i nuovi atti dell'Amministrazione ai contenuti del Codice di Comportamento	Inserimento delle disposizioni e delle clausole di risoluzione del rapporto di lavoro negli atti di incarico, consulenze e collaborazioni	100% tipologie di atti interessati	100%
	Inserimento della clausola di risoluzione nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi	100% tipologie di atti interessati	100%

Monitorare l'applicazione del Codice di Comportamento	Rilevazione delle violazioni e delle relative sanzioni irrogate	100% delle rilevazioni comunicate al RPCT e all'OIV	100%
---	---	---	------

Gli obiettivi strategici per essere raggiunti sono stati tradotti in obiettivi operativi aziendali contrattati con i responsabili delle strutture.

Per assicurare il perseguimento degli obiettivi progettuali aziendali e/o l'efficace ed efficiente gestione dei processi a valenza strategica che coinvolgono più dipartimenti, l'Azienda ha identificato i Centri di Responsabilità di carattere permanente o temporaneo in corrispondenza di aggregazioni di risorse, professionali e materiali, anche non riconducibili a specifiche strutture organizzative e previsto, per gli stessi, la formulazione di uno specifico budget.

Gli obiettivi come definiti da quest'Azienda sono non solo rispondenti ai bisogni della collettività, ma soprattutto raggiungibili in quanto correlati alla quantità e qualità delle risorse disponibili e misurabili.

In tale fase assumono un ruolo decisivo i seguenti attori:

- b) Direzione Aziendale dell'ASP che definisce obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'azione amministrativa e per la gestione;
- c) Dirigenti vari settori organizzativi responsabili della gestione;
- d) Unità Operativa Controllo di Gestione e Sistemi Informativi e Statistici quale supporto al processo di programmazione e di interazione tra gli attori coinvolti.

Il processo di budgeting, come da regolamento aziendale, è strumento di contrattazione fondamentale della gestione aziendale per la pianificazione strategica, articolato a livello di Centri di Responsabilità, corrispondenti alle macrostrutture (Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri, Dipartimenti e UU.OO. dipendenti direttamente dalla Direzione Aziendale).

L'attività di budgeting è improntata alla gestione delle risorse attraverso l'utilizzo del sistema di budget in termini di documenti revisionali riferiti all'esercizio o a periodi di tempo più circostanziati. Tale attività è finalizzata a definire gli obiettivi di gestione e le risorse disponibili per le singole strutture organizzative e le relative responsabilità operative ai vari livelli aziendali.

A livello di singoli centri di responsabilità, quali quelli individuati dal modello organizzativo aziendale, il processo di budgeting si articola nelle seguenti fasi:

1ª fase – formulazione delle proposte di budget

Individuate le linee guida aziendali per l'anno di riferimento, in sintonia con quelle indicate dalla Regione Sicilia per le Aziende sanitarie territoriali e nel rispetto di quanto disposto con le Leggi Finanziarie Regionali, vengono fissati gli obiettivi specifici di carattere operativo per l'attuazione delle scelte della programmazione.

2ª fase – approvazione del budget

Superate le articolate fasi della contrattazione vera e propria, si giunge all'approvazione del budget a livello di singola macro-struttura. Pertanto, l'attività delle singole UU.OO., in coerenza con la propria mission e coerentemente con le linee regionali, viene realizzata garantendo le prestazioni sanitarie di competenza concernenti le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione ai livelli di area ospedaliera e territoriale. In tale contesto la U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi e Statistici assume il ruolo fondamentale di controller, cioè di guida attraverso un momento di confronto e di analisi con le singole UU.OO., sia a livello di struttura semplice che complessa, ruolo che poi si concretizza nel raccordo tra la direzione aziendale e le varie UU.OO. a vario titolo interessate.

I responsabili dei Centri di Responsabilità individuati dall'Azienda, allo scopo di giungere alla formulazione degli obiettivi di budget, sono tenuti a coinvolgere i propri collaboratori attraverso modalità e strumenti coerenti con il ruolo dagli stessi svolto nel perseguimento degli obiettivi ed a fornire all'Azienda elementi utili a verificare la loro effettiva partecipazione al processo di programmazione.

Infatti con delibera n. 3613/DG del 22/12/2014 è stato adottato il regolamento per la misurazione e valutazione della performance dei dirigenti e del personale del comparto, integrato con delibera 2679 del 22.11.2016. e modificato con delibera 476/C del 15.02.2018 attualmente in fase di aggiornamento.

Il processo di contrattazione di budget 2022 è stato avviato con nota prot. 45613 del 25/03/2022 con la quale i dirigenti responsabili delle strutture soggette alla contrattazione sono stati invitati a proseguire l'attività assegnata nel 2021 in considerazione che l'Assessorato non ha assegnato obiettivi di Salute e Funzionamento per il 2022. Con nota prot. 70277 del 13/05/2022 sono state trasmesse le schede budget 2022 per la relativa sottoscrizione.

I responsabili delle strutture hanno provveduto al ribaltamento a cascata degli obiettivi assegnati ai responsabili delle UU.OO.SS. afferenti mediante analoghe procedure e metodologie. Inoltre i responsabili delle strutture hanno assegnato al personale gli obiettivi individuali, come previsto nel *Regolamento per la misurazione e valutazione della performance*, mediante la compilazione dell'apposita sezione nella scheda di valutazione individuale e firmata per accettazione.

Con successiva nota prot n° 162081 del 5.12.2022, a conclusione del processo, è stata richiesta ai responsabili delle strutture soggette a contrattazione una relazione consuntiva in merito al raggiungimento degli obiettivi assegnati, al fine dell'attribuzione della performance organizzativa da parte del competente Organismo di Valutazione.

Il processo di valutazione per l'anno 2022 è in corso e dovrà essere definito entro il 30/6/2023, data in cui per disposizioni legislative occorre predisporre la Relazione sulla Performance.

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi Programmazione anno 2023

La programmazione aziendale viene definita dalla Direzione sulla base degli indirizzi nazionali e regionali. Pertanto unitamente agli obiettivi individuati nella sezione "Valore Pubblico", in tema di accessibilità fisica e digitale per il triennio 2023-2025, considerato che al momento della redazione del presente Piano la Regione Siciliana non ha ancora individuato gli obiettivi per l'anno 2023, si ritiene 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 colecistectomi a 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.Agata, 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	$\geq 90\%$	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	$\geq 90\%$	
	Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)/ totale prestazioni prenotate in classe U	$\geq 90\%$	
	Σ n. prestazioni richieste (da 1 a 43)/ totale prestazioni prenotate in classe P	$\geq 90\%$	
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	$\geq 50\%$	
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D/ N. prenotazioni con classe di priorità D	$\geq 50\%$	
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità P/ N. prenotazioni con classe di priorità P	$\geq 50\%$	
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.	$\geq 90\%$	
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	Ostetricia e Ginecologia P.O. 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.	<5%	

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
	Attuazione degli adempimenti al D.A. 1584/2018 ed alle relative direttive (processo): <ul style="list-style-type: none"> <i>Azione 1:</i> monitoraggio continuo del sovraffollamento sulla base degli indicatori di sovraffollamento in coerenza al D.A. 1584/2018; <i>Azione 2:</i> attuazione degli interventi e azioni di prevenzione e contrasto al sovraffollamento; <i>Azione 3:</i> adozione del Piano Aziendale per la 	Il progetto si è concluso nel 2021 e si è in attesa di disposizioni assessoriali	PP.SS. Aziendali e Responsabile Aziendale del Piano per la Gestione del Sovraffollamento del Pronto Soccorso

	Gestione del Sovraffollamento; <ul style="list-style-type: none"> • <i>Azione 4</i>: Relazione annuale del PAGS sui risultati raggiunti e sullo stato di avanzamento dei lavori. 		
--	--	--	--

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) ≥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.	SI	1) Internal Audit e Referente PAC
	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	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, Appropriately; 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 di Efficientamento energetico

Nell'ottica dell'efficientamento energetico e del conseguenziale risparmio, considerata la spesa per l'anno 2022 in parte ancora stimata, perché non ancora fatturata, pari a circa € 14.000.000 per l'energia Elettrica e circa €. 2.400.000 per il gas, in virtù della circolare 2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica, si ritiene necessario procedere con degli interventi mirati all'abbattimento dei consumi, nonché dei costi dell'energia elettrica e del gas:

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Efficientamento energetico	Analisi Contratti Energetici	Si entro il 30/06/2023	Energy Manager
	Stima dei costi	Si entro il 31/12/2023	Energy Manager

Obiettivi Anticorruzione e Trasparenza

Pur nell'ambito delle nuove disposizioni normative intervenute a seguito dell'art.6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, che ha introdotto nell'ordinamento nazionale il presente Piano (P.I.A.O.) che dal ha assorbito molti dei Piani finora predisposti annualmente dalle amministrazioni pubbliche, tra i quali Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, resta imprescindibile il collegamento e l'integrazione con il ciclo della performance attraverso l'individuazione dei seguenti obiettivi di prevenzione della corruzione negoziati ed integrati nelle schede di budget 2023 delle UU.OO. Aziendali.

Obiettivi Anticorruzione		
Obiettivo	Indicatori	Target
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	Numero corsi di formazione specifica per le aree a più elevato rischio di corruzione realizzati/Numero di corsi programmati	100%
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
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
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.
Monitoraggio rispetto dei tempi procedurali	Monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	SI/NO

Rotazione del personale	Predisposizione regolamento rotazione ordinaria e straordinaria	SI/NO
-------------------------	---	-------

Obiettivi Trasparenza		
Obiettivo	Indicatori	Target
Diffusione trasparenza	Integrazione e coordinamento della sezione "Amministrazione Trasparente" con la U.O.S. Comunicazione	SI/NO
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

Obiettivi Codice di Comportamento		
Obiettivo	Indicatori	Target
Conformare i nuovi atti dell'Amministrazione ai contenuti del Codice di Comportamento	Inserimento delle disposizioni e delle clausole di risoluzione del rapporto di lavoro negli atti di incarico, consulenze e collaborazioni	100% tipologie di atti interessati
	Inserimento della clausola di risoluzione nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi	100% tipologie di atti interessati
Monitorare l'applicazione del Codice di Comportamento	Rilevazione delle violazioni e delle relative sanzioni irrogate	100% delle rilevazioni comunicate al RPCT e all'OIV

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 2023, 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.

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 2023 sono di seguito riportati:

- Al di sotto della soglia del 60% della scheda budget il risultato non sarà raggiunto;
- 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 dirigente.

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 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.

2.3 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

PREMESSA

Per la presentazione della presente sottosezione è indispensabile fare riferimento alle modifiche normative intervenute a seguito dell'art.6 del decreto legge n. 80 del 9 giugno 2021, che ha introdotto nell'ordinamento nazionale il Piano integrato di attività e organizzazione (P.I.A.O.), inteso come il documento unico di programmazione e governance, che dal 30 giugno 2022 ha assorbito molti dei Piani predisposti annualmente dalle amministrazioni pubbliche finora, e cioè anticorruzione e trasparenza, performance, fabbisogni del personale, parità di genere, lavoro agile.

Il PIAO si caratterizza come una concreta semplificazione della burocrazia in favore delle amministrazioni, con la quale si consente al nostro paese di proiettarsi una dimensione di maggiore efficienza, efficacia, produttività e misurazione della performance, col fine precipuo di migliorare la qualità dei servizi, sia ai cittadini che alle imprese.

In base a quanto previsto dai commi 5 e 6 dell'art.5 del D.L. 80/2021, a cui sono seguiti i differimenti in merito alla data di adozione del predetto P.I.A.O., che necessitava della emanazione di apposito Decreto del Presidente della Repubblica (D.P.R. n.81 del 24/06/2022), inerente la soppressione dei Piani assorbiti in quest'ultimo, e Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica n. 132/2022, recante lo schema tipo dello stesso, questa A.S.P. ha dapprima proceduto all'adozione, al termine del procedimento comprendente anche la consultazione pubblica, del P.T.P.C.T. con deliberazioni n.1804/CS del 22/04/2022 e n.1992/CS del 05/05/2022 (di rettifica). Quanto precede atteso che il D.L. n.221 del 30/12/2021 ha differito il termine di adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024 al 30/04/2022, per cui l'ANAC ne ha preso atto ed ha adottato la delibera n.1 del 12/01/2022, recante "Adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024: differimento al 30 aprile 2022".

Successivamente l'A.S.P. ha proceduto all'adozione del P.I.A.O. 2022-2024, con deliberazione n.1887/CS del 29/04/2022, secondo quanto previsto nella bozza di schema di P.I.A.O. approvato successivamente con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n.132 del 30/06/2022, nel quale è ricompresa la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", elaborata secondo le predette disposizioni con i necessari richiami al suddetto P.T.P.C.T. 2022-2024, per i contenuti gli specifici contenuti. A seguito di specifica in seguito pubblicato nell'apposito portale dedicato,

La sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" contenuta nel P.I.A.O. 2023-2025, elaborato dal RPCT e adottato dal Commissario straordinario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità in applicazione della Legge 6 novembre 2012, n.190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", e delle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione, e agli specifici aggiornamenti, dell'ANAC, da ultimo anche gli "Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022", documento approvato dall'ANAC in data 02/02/2022, e da ultimo PNA 2022 (delibera ANAC n.7 del 17/01/2023), con i quali vengono impartite ulteriori indicazioni in materia di anticorruzione e trasparenza, anche a seguito del feedback degli esiti del monitoraggio dell'Autorità sullo stato dell'arte dei Piani di prevenzione della corruzione delle pubbliche amministrazioni.

Altra precisazione indispensabile alla presentazione del presente documento riguarda, nel corso del 2022, il conferimento di incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) di questa A.S.P. al Dott. Antonio Costa, (deliberazione n.4176/CS

dell'11/10/2022), subentrato alla Dott.ssa Maria Benedetta Nicosia (deliberazione n.783/CS del 18/02/2022).

Pertanto, il presente Piano è stato predisposto in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione 2013 (PNA) elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, alla Determinazione ANAC n.12/2015, alla Delibera ANAC n.831/2016, alla Delibera ANAC n. 1208/2017, alla delibera ANAC n. 1074/2018, alla delibera ANAC n. 1064/2019, alla delibera ANAC n.7 del 17/01/2023, e al D.Lgs. n.33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016.

Significativa anche la presenza, presso l'Ufficio del RPCT, dal 15 settembre 2021 al 15 settembre 2022, di una sede del Servizio Civile Universale, tra quelle previste dal progetto espletato dall'A.S.P. di Messina, con due Operatori Volontari appositamente dedicati, sotto la guida dell'attuale RPCT, al tempo collaboratore del precedente RPCT, in qualità di Operatore Locale di Progetto nel periodo di riferimento, la cui attività di supporto è risultata certamente importante nello svolgimento delle attività previste nell'ambito degli adempimenti inerenti il P.T.P.C.T., sia riguardo al monitoraggio del triennio 2021-2023, che nella predisposizione dei lavori per il triennio 2022-2024 e, da ultimo, per il triennio 2023-2025.

La sottosezione del P.I.A.O. inerente i "rischi corruttivi e trasparenza" si pone comunque in linea di continuità con i precedenti Piani aziendali, e ne rappresenta lo sviluppo a seguito sia delle analisi effettuate sull'efficacia delle misure adottate e sulle criticità riscontrate, sia dell'evoluzione degli scenari normativi e contestuali.

Un forte impulso in tale direzione era stato dato anche dall'Assessorato Regionale della Salute nel corso del 2019 in tema di anticorruzione e trasparenza, mediante diverse disposizioni con le quali, richiamando diversi adempimenti previsti dalle vigenti normative in materia, sono state emanati atti di indirizzo e direttive riguardanti specifici adempimenti inerenti vari argomenti.

Determinante è risultata la istituzione del **Coordinamento dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle Aziende e degli Enti del S.S.R.**, con D.A. n.992/2019 del 23/05/2019, al fine di uniformare l'attività in materia di anticorruzione e trasparenza su base regionale, insediandosi con la nomina del Coordinatore (nota prot. n.62999 del 09/08/2019), e attivandosi con successive riunioni vertenti su specifiche azioni/attività da porre in essere per gli adempimenti di cui alle predette disposizioni assessoriali, nonché per le azioni propositive e richieste da avanzare al predetto Assessorato. Tale Coordinamento è stato convocato sia per l'insediamento dello stesso e la nomina del Coordinatore (nota prot. n.62999 del 09/08/2019), con successive riunioni vertenti su specifiche azioni/attività da porre in essere per gli adempimenti di cui alle note assessoriali e per le azioni propositive e richieste da avanzare al predetto Assessorato.

Si riportano a seguire sinteticamente le note assessoriali inerenti le disposizioni impartite in materia di anticorruzione e trasparenza.

- **Nota prot. n.25687 del 25/03/2019, recante "Ulteriori misure in materia di anticorruzione per le Aziende del SSR", riguardante le seguenti misure, alcune delle quali sono state declinate nel PTPCT, con le relative azioni previste e quelle poste in essere (stato dell'arte).**

Sono richiamate le seguenti misure e i relativi stati dell'arte:

- FORMAZIONE
- CONFLITTI DI INTERESSI
- COSTITUZIONE COMITATO DI VALUTAZIONE DEI CONFLITTI
- WHISTLEBLOWING
- ROTAZIONE DEGLI INCARICHI
- CODICE DI COMPORTAMENTO

- TRASPARENZA
- ACCESSO CIVICO SEMPLICE, GENERALIZZATO, DOCUMENTALE
- REGOLAMENTO CONTROLLO ANTIRICICLAGGIO
- REGOLAMENTO SPERIMENTAZIONI CLINICHE
- REGOLAMENTO INCARICHI PATROCINIO LEGALE
- CONFERIMENTO INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI EX ART.53 D.LGS. 165/2001
- DONAZIONI E COMODATI
- ACCESSO DEGLI INFORMATRICI SCIENTIFICI

➤ **Nota RPCT prot. n.22105/PCT del 22/02/2019 convenzione AGENAS / Regione Siciliana. Predisposizione schede di monitoraggio sui temi dell'anticorruzione.**

Con la predetta nota è stato dato ampio e dettagliato riscontro in merito a quanto richiesto in occasione dell'incontro tenutosi a Palermo presso l'Assessorato alla Salute in data 18 dicembre 2018 (nota convocazione prot. n.89582 del 05/12/2018), finalizzato all'attuazione delle attività previste dalla Convenzione tra la Regione Siciliana e l'AGENAS, avviata il 26 luglio 2018, e alla nota inviata dallo stesso Assessorato in data 25 gennaio 2019, con particolare riguardo alle condivise metodologie di lavoro in un'ottica di miglioramento della prevenzione e gestione dei fenomeni corruttivi all'interno delle realtà sanitarie siciliane. Sono state pertanto trasmesse le schede di risk matrix del proprio Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza che, riflettendo la realtà dello scrivente Ente, corrispondono alle schede di cui ai numeri 1-11 consegnate da AGENAS in occasione del predetto incontro.

Ulteriori precisazioni sono state rese, con l'occasione, riguardo al supporto fornito al RPCT mediante l'assegnazione di personale amministrativo dedicato, la collaborazione di un Sociologo, di un "gruppo di lavoro multidisciplinare" di cui alle delibere n.143/DG del 21/01/2016, n.122/DG del 17/01/2016, n.3054/CS del 27/10/2017 e n.1590/CS del 07/04/2022, dell'istituzione di un Ufficio all'interno della U.O.C. Controllo di Gestione, dedicato esclusivamente al rischio corruzione ai fini del monitoraggio e vigilanza sull'applicazione del PTPCT (attuale sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza") e delle misure preventive, per la predisposizione di un adeguato sistema di reportistica al fine di garantire la regolarità dei flussi informativi e la messa a punto di interventi correttivi. Con provvedimento prot. n.59159 del 25/06/2019 (e successiva modifica prot. n.99624 dell'11/09/2019) è stato costituito presso il RPCT un gruppo di lavoro dedicato alle "segnalazioni" con particolare riferimento a quelle relative al whistleblowing.

➤ **Nota prot. n.19302 del 04/03/2019 dell'Assessorato Regionale della Salute recante "Atto di indirizzo per l'adeguamento dei Piani triennali Anticorruzione delle Aziende e degli Enti del SSR in materia di rapporti con fornitori e aziende farmaceutiche. Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti"**

In ottemperanza a tale atto di indirizzo assessoriale è stato adottato in ambito aziendale il modello cartaceo inerente la dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti proposto dall'Assessorato ed inviato a tutte le articolazioni aziendali con nota prot. n.31128/PCT del 18/03/2019, per la massima diffusione ai fini della compilazione da parte dei dipendenti (Dirigenti e personale del comparto) che, per le attività ivi indicate, potrebbe avere motivo per la compilazione. È intenzione del RPCT, nell'anno 2022, richiedere la compilazione del predetto modello da parte di tutto il personale di questa ASP, al fine di massimizzare l'acquisizione di tutte le informazioni possibili in merito di conflitti di interessi, e completare la mappatura degli ambiti di interesse riguardo al contesto esterno e alle refluenze su quello interno.

Nel corso del 2021 l'emergenza epidemiologica Covid-19, in prosecuzione alla fase iniziale a partire dai primi giorni di marzo 2020, è risultata determinante riguardo al regolare svolgimento delle attività programmate nel P.T.P.C.T., oltre che per tutte le altre attività aziendali, soprattutto per quelle direttamente riconducibili all'assistenza sanitaria, sia ospedaliera che territoriale. Per tale motivo è stato necessario rivedere termini e scadenze prefissate, puntando l'attenzione sull'implementazione della revisione della mappatura dei processi aziendali e la ponderazione dei rischi di corruzione secondo le indicazioni dell'allegato 1 del PNA 2019, rivisitato ed integrato secondo l'esperienza precedentemente maturata, mutuando anche alcune soluzioni metodologiche indicate dall'ANCI nel corso del 2020.

In ottemperanza agli atti di indirizzo assessoriale è stato adottato in ambito aziendale il modello cartaceo inerente la dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti proposto dall'Assessorato ed inviato a tutte le articolazioni aziendali con nota prot. n.31128/PCT del 18/03/2019, per la massima diffusione ai fini della compilazione da parte dei dipendenti (Dirigenti e personale del comparto) che, per le attività ivi indicate, potrebbe avere motivo per la compilazione. È intenzione del RPCT, nell'anno 2022, richiedere la compilazione del predetto modello da parte di tutto il personale di questa ASP, al fine di massimizzare l'acquisizione di tutte le informazioni possibili in merito di conflitti di interessi, e completare la mappatura degli ambiti di interesse riguardo al contesto esterno e alle refluenze su quello interno.

L'emergenza epidemiologica Covid-19, a partire dai primi giorni di marzo 2020, è risultata determinante riguardo al regolare svolgimento delle attività programmate nel P.T.P.C.T. anche per il 2021, oltre che per tutte le altre attività aziendali, soprattutto per quelle direttamente riconducibili all'assistenza sanitaria, sia ospedaliera che territoriale.

Per tale motivo è stato necessario rivedere termini e scadenze prefissate nel cronoprogramma; anche per la prolungata assenza del RPCT per circa un terzo dell'anno non è stato possibile procedere al completamento dell'implementazione della revisione della mappatura dei processi aziendali mediante la nuova metodologia di ponderazione dei rischi di corruzione secondo le indicazioni dell'allegato 1 del PNA 2019, rivisitata ed integrata secondo l'esperienza precedentemente maturata, mutuando anche alcune soluzioni metodologiche indicate dall'ANCI nel corso del 2020.

CONTESTO NORMATIVO

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione si inserisce nel seguente contesto normativo:

- Legge 6 novembre 2012, n° 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e s.m.i.;
- Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'ANAC in data 11 settembre 2013 con delibera n.72;
- Decreto legislativo n.235/2013;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n° 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico" e s.m.i.;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n° 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e s.m.i.;
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri –Dipartimento della Funzione Pubblica Circolare n.1 del 25/1/2013, n.2 del 19/07/2013 e n.6 del 04/12/2014;

- D.P.C.M. 16/01/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012 n°190;
- Legge 17 dicembre 2012, n° 221, conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012 n° 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese
- Legge 28 giugno 2012, n° 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione - Strasburgo 27 gennaio 1999;
- D.P.R. 16 aprile 2013, n.62 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165, come sostituito dall'articolo 44, della legge 6 novembre 2012 n. 190";
- D.L. del 18 ottobre 2012, n° 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese". Art. 34-bis. "Autorità nazionale anticorruzione";
- D.Lgs. 27 ottobre 2009, n° 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009 n° 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- D.Lgs. del 8 giugno 2001, n° 231 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica"
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n° 165 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche" e s.m.i.;
- Legge 7 agosto 1990 n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e s.m.i.;
- Decreto Legislativo n.196/2003 Codice in materia di Protezione dei dati Personali;
- D.L. n.66/2014 convertito con modifiche in Legge n.89/2014;
- D.L. n.90/2014 convertito con modifiche in legge n.114/2014;
- D.L. n.133/2014 convertito in legge n.164/2014 (sblocca Italia);
- D.P.C.M. 22/09/2014 pubblicato in GURI n.265 del 14/11/2014;
- Determinazione n. 6 del 28/04/2015 Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti;
- Legge 27.5.2015 n.69 "Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio";
- Legge 7.8.2015 n.124 "Deleghe al governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Determina ANAC n.12 del 28/11/2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Legge 28.12.2015 n.208 (Legge di stabilità 2016);
- D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50;
- Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- Determinazione ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili;
- Decreto legislativo 25 maggio 2016 n. 97 recante "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Determinazione ANAC n.1309 del 28/12/2016 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D.Lgs. 33/2013 Art. 5-bis, comma 6, del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013";

- Determinazione ANAC n.1310 del 28/12/2016 Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016;
- Determinazione ANAC n.358 del 29 marzo 2017, Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- Delibera ANAC n.330 del 29 marzo 2017 "Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione";
- Circolare n.2/2017 Dipartimento della Funzione Pubblica - Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA);
- Delibera ANAC n.1208 del 22 novembre 2017 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Legge 30 novembre 2017, n. 179, Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 291 del 14 dicembre 2017, "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato";
- ANAC "Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione" del 18.7.2018;
- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018;
- "Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del D.lgs n.165/2001", adottato con la Delibera n. 1033 del 30 ottobre 2018 (pubblicata in G.U. n.269 del 19 novembre 2018);
- Delibera ANAC n.1074 del 21 novembre 2018 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Legge 9 gennaio 2019, n. 3 "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici";
- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del D.Lgs. n. 165 del 2001";
- Delibera ANAC n. 494 del 05 giugno 2019 - Linee Guida n. 15 recanti "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici";
- Circolare n.1/2019 Dipartimento della Funzione Pubblica - Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (FOIA);
- Delibera ANAC n.1064 del 13 novembre 2019 "Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- Delibera numero 636 del 10 luglio 2019, "Linee Guida n. 4 - Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici";
- Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020, "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche";
- Delibera ANAC n.312 del 9 aprile 2020 "Prime indicazioni in merito all'incidenza delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 sullo svolgimento delle procedure di evidenza pubblica di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i. e sull'esecuzione delle relative prestazioni",
- Documento ANAC del 22 aprile 2020 "Ricognizione delle disposizioni acceleratorie e di semplificazione, presenti nel Codice dei contratti e nell'attuale quadro normativo, al fine di fornire indicazioni alle stazioni appaltanti per agevolare lo svolgimento delle procedure di affidamento;

- “Vademecum Anac per velocizzare e semplificare gli appalti pubblici”, pubblicato il 4 maggio 2020;
- Comunicato del Presidente dell’ANAC del 20 maggio 2020 “Esonero CIG per le gare: la proposta dell’Autorità Nazionale Anticorruzione nel Decreto ‘rilancio’ ”;
- Comunicato del Presidente ANAC del 9 aprile 2020 “Indicazioni in merito all’attuazione delle misure di trasparenza di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190, e al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella fase dell’emergenza epidemiologica da Covid-19 e all’attività di vigilanza e consultiva dell’ANAC”;
- Comunicato del Presidente ANAC del 29/07/2020, “Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Modello di rendiconto delle donazioni ricevute ai sensi dell'art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27”;
- Comunicato Presidente ANAC del 7 ottobre 2020 Integrazioni al Comunicato del Presidente dell’Autorità “Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all’emergenza epidemiologica da COVID-19” del 29.07.2020”;
- Delibera ANAC n.294 del 13 aprile 2021, “Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2021 e attività di vigilanza dell’Autorità”;
- D.L 77/2021 del 31/05/2021, convertito in legge del 29/07/2021, n.108, “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”;
- D.L. n. 80/2021 del 09/06/2021, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2021, n. 113;
- Delibera ANAC n.469 del 9 giugno 2021., “Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell’art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. whistleblowing)”;
- D.L. n.228 del 30/12/2021 “Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi”;
- Delibera ANAC n.1 del 12/01/2022 “Adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024: differimento del termine al 30 aprile 2022”;
- Comunicato Presidente ANAC del 12/01/2022 “Adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024: differimento del termine al 30 aprile 2022”;
- Documento ANAC del 02/02/2022 “Orientamenti per la Pianificazione Anticorruzione e Trasparenza 2022”;
- D.P.R. n.81 del 24/06/2022 “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”;
- Decreto del Ministro della Pubblica Amministrazione di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze del 24/06/2022;
- Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica n.132 del 30/06/2022 “Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione”;
- Delibera ANAC n7 del 17/01/2023, “piano nazionale Anticorruzione 2022”;

DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Il concetto di corruzione viene inteso in senso lato, ossia comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell’attività amministrativa, si riscontri l’abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

La Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n.1 del 25/01/2013 ha, infatti, specificato che le situazioni rilevanti non si esauriscono nella violazione degli artt. 318, 319 e 319 ter c.p., comprendendo non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione disciplinati nel Libro II, Titolo II, Capo I del Codice Penale (così come modificati dalla legge 9 gennaio 2019, n. 3 *"Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici"* (GU Serie Generale n.13 del 16/01/2019), ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso, a fini privati, delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa ab externo, sia che tale azione abbia successo, sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

La nozione di corruzione coincide dunque con la "maladministration, intesa come assunzione di decisioni devianti dall'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari" (Determinazione ANAC n.12/2015).

Sia per la Convenzione ONU (MERIDA 2003), che per altre Convenzioni internazionali predisposte da organizzazioni internazionali (es. OCSE e Consiglio d'Europa), firmate e ratificate dall'Italia, la corruzione consiste in **comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.**

Questa definizione, che è tipica del contrasto penalistico ai fenomeni corruttivi, volto ad evitare comportamenti soggettivi di funzionari pubblici (intesi in senso molto ampio, fino a ricomprendere nella disciplina di contrasto anche la persona incaricata di pubblico servizio), delimita il fenomeno corruttivo in senso proprio.

Nell'ordinamento penale italiano la corruzione non coincide con i soli reati più strettamente definiti come corruttivi (concussione, art. 317, corruzione impropria, art. 318, corruzione propria, art. 319, corruzione in atti giudiziari, art. 319-ter, induzione indebita a dare e promettere utilità, art. 319-quater), ma comprende anche reati relativi ad atti che la legge definisce come "condotte di natura corruttiva".

L'Autorità, con la propria delibera n. 215 del 2019, sia pure ai fini dell'applicazione della misura della rotazione straordinaria (di cui alla Parte III, § 1.2. "La rotazione straordinaria"), ha considerato come "condotte di natura corruttiva" tutte quelle indicate dall'art. 7 della legge n. 69 del 2015, che aggiunge ai reati prima indicati quelli di cui agli art. 319-bis, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis del codice penale.

2.3.1 VALUTAZIONI DI IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO

Sotto il profilo dei "rischi corruttivi e trasparenza", l'analisi del contesto esterno, ossia dell'ambiente in cui l'ASP di Messina esercita il proprio mandato istituzionale, viene esposto allo scopo di far emergere gli elementi delle dinamiche socio-territoriali maggiormente significative ai fini del controllo del rischio corruzione: pertanto, questa sezione descrive le variabili strutturali, relazionali, socio-economiche, culturali e criminologiche del territorio, che sono state considerate per la programmazione delle misure di prevenzione del fenomeno corruttivo in ambito aziendale.

Un primo gruppo di variabili di cui la stesura del Piano tiene conto, per una programmazione realistica e sostenibile, è costituito da quelle geografiche, strutturali e demografiche, oltre che socio-economiche, essendo l'A.S.P. di Messina un'Azienda provinciale tra le più grandi d'Italia,

sul cui profilo di rischio debbono essere prese certamente in considerazione le possibili influenze delle confinanti provincie di Palermo, Catania e Reggio Calabria.

L'analisi mutua in parte il quadro elaborato dall'Assessorato alla Salute – Servizio DASOE nella stesura del profilo di salute della popolazione, in parte i dati contenuti nel Piano aziendale della Performance.

L'Azienda Sanitaria si articola negli otto Distretti sanitari in cui è suddivisa la provincia, copre un territorio di circa 3.247 Km² di superficie, comprensivo del piccolo arcipelago delle isole Eolie - sette isolette di origine vulcanica situate al largo della Sicilia settentrionale, di fronte alla costa tirrenica messinese, importante riserva della biosfera dal 2000 Patrimonio dell'Umanità UNESCO (con una popolazione di 600.341 abitanti al 01/01/2022), esclusi i residenti di Capizzi che afferiscono all'ASP di Enna, distribuita in 107 comuni (dei 108 insistenti nel territorio provinciale): si tratta, pertanto, della terza provincia per estensione territoriale e residenti dopo Palermo e Catania, ma prima per numero di centri residenziali.

Il territorio di Messina è situato all'estremità nordorientale dell'isola e affacciato a nord sul Mar Tirreno, ad est sullo Stretto di Messina, che lo separa dalla Calabria, e sul Mar Ionio, e confina con le Provincie di Reggio Calabria, Palermo, Enna e Catania; tra i più vasti della Sicilia, è prevalentemente montuoso (vi si trovano le catene montuose dei Monti Peloritani e dei Monti Nebrodi, con l'omonimo Parco Regionale Naturale), ad eccezione delle poco estese piane alluvionali alle foci dei corsi d'acqua. La maggiore concentrazione abitativa e di attività si trova sulla fascia costiera, a fronte del carattere prevalentemente collinare e montuoso dell'orografia: il conseguente fenomeno di polverizzazione degli insediamenti sul territorio, non privo di effetti sulla già complessa programmazione sanitaria nella provincia, è sicuramente in grado di incidere sulle politiche di controllo del rischio sia sotto l'aspetto dei rapporti con la società civile ed il suo coinvolgimento, sia per l'implementazione di misure specifiche quali la rotazione ed i controlli nei settori deputati alla prevenzione medica e veterinaria e alla tutela degli ambienti di lavoro. A tal proposito, tra le variabili strutturali un serio vincolo è rappresentato dalla rete dei collegamenti viari e ferroviari, in gran parte obsoleti, insufficienti e insicuri: l'infrastruttura più efficiente è rappresentata dalla A20, che si snoda lungo le coste tirreniche e ioniche per gli oltre 200 km che collegano Tusa, ultimo comune della provincia al confine con quella di Palermo, e Giardini Naxos, ultimo comune al confine con la provincia di Catania.

I dati sulla popolazione residente evidenziano come la disomogeneità geografica e strutturale del territorio caratterizzi anche il suo profilo demografico.

Una popolazione che invecchia, con una struttura per classi di età di tipo regressivo, si associa al progressivo e continuo decremento demografico registrato come trend nella provincia nell'ultimo ventennio (pari complessivamente a -9.3%), imputabile soprattutto al saldo naturale negativo (tra le ultime provincie regionali per quoziente di natalità, 6,7, secondo i dati ISTAT al 31/12/2021, e quoziente di mortalità su 1.000 abitanti), e bilanciato tuttavia dalla positività del saldo sociale dovuto alle ondate migratorie, in costante incremento dal 2008 e che pone oggi la provincia di Messina tra le prime per incidenza di stranieri sulla popolazione residente (4,5%). La presenza di immigrati in certo modo compensa, sotto il profilo meramente quantitativo, l'emigrazione delle giovani generazioni, con tasso culturale medio-alto, che scontano un mercato del lavoro stagnante e connotato da un alto livello di disoccupazione. Quello migratorio è un flusso in costante aumento che di fatto frena dunque il progressivo decremento della popolazione residente, ma parimenti introduce una importante differenziazione tra ambiti culturali, socioeconomici e stili di vita del tessuto sociale, nonché distorsioni e zone d'ombra nel mercato del lavoro, oltre che sacche di marginalità potenziate dal fenomeno degli sbarchi, proficue per la criminalità organizzata, che vi fidelizza sodalizi criminali.

La strategia dell'A.S.P. di Messina, pertanto, 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.

Per tutti gli indicatori relativi alla popolazione anziana (tasso di invecchiamento, indice di vecchiaia, indici di dipendenza) si rinvia alle pagine precedenti, laddove vengono rappresentati la popolazione per distretto sanitario e per sesso, nonché gli ulteriori dati demografici.

I valori registrati nella provincia di Messina sono sensibilmente superiori alle medie regionali, inoltre, come già detto, il tasso di natalità è tra i più bassi della regione (al di sotto dell'8‰ negli ultimi anni, 6,7‰ al 31/12/2021), mentre si registra il più alto tasso di mortalità (circa il 12,5‰ al 31/12/2021) e il più alto indice di vecchiaia, con trend sempre in crescita (202,2 al 31/12/2021, 198,9 al 31/12/2020, 192,6% nel 2019 contro il 164% 2020). All'interno del territorio provinciale, i Distretti Sanitari nebroidei (Mistretta e Barcellona P.G.) hanno una maggiore incidenza di anziani e una bassa presenza di immigrati, caratteristiche anche dei Comuni montani di tutti i Distretti dell'A.S.P., contro il 167,7 regionale. I comuni più giovani sono generalmente quelli sul mare (il Distretto di Lipari rileva i valori più bassi in tutti gli indici considerati), dove si osservano tassi di attività più elevati e quindi una presenza percentualmente superiore di soggetti in età fertile, oltre che ad una maggiore densità abitativa. In tutti i Distretti si è registrato nel 2021 un decremento della popolazione residente (decremento % 2001-2021 pari a -9,3). La vita media, seguendo un trend consolidato nei paesi occidentali, è aumentata, attestandosi nel 2016 a un valore provinciale pari a 79,6 anni per gli uomini e a 84,3 per le donne (Urbes - ISTAT 2018).

Guadagna posizioni Messina nella classifica 2022 delle Province italiane per Qualità della Vita stilata dal Sole 24 Ore, passando dal 91° posto all'89°: mentre scende all'88° posto nell'area "ambiente e servizi" (89° nel 2020), sale al 82° posto nell'area "giustizia e sicurezza" (nel 2020 era 76°), migliorando notevolmente nell'indicatore "demografia e società", dove si assesta al 77° posto, con un grande balzo rispetto al 33° del 2020. Se ancora è presto per valutare le conseguenze della pandemia da coronavirus, ci si deve comunque aspettare che il perdurare dello stato di emergenza stia profondamente modificando il tessuto sociale. Sulla scalata dell'indicatore "demografia e società", probabilmente incidono l'aumento del reddito di cittadinanza, già così diffuso al sud, e l'insieme di ammortizzatori che bilancia per certi versi la forte crisi economica e sociale che attraversa la provincia di Messina. Ma vi incide anche il fatto che qui si è avuto nel 2020 un andamento epidemiologico del covid-19 più contenuto rispetto ad altri territori regionali e nazionali: 10.895 contagi, 181 decessi e 13 strutture residenziali interessate.

Il commercio insieme al turismo è l'elemento trainante dell'economia in provincia. I dati Istat riguardanti il numero di attività commerciali mettono in evidenza come il settore sia sviluppato e trainante oltre che per la città capoluogo, in modo particolare per i centri di Milazzo, Barcellona Pozzo di Gotto e Capo d'Orlando, nonché per le "perle" turistiche di Taormina e delle Isole Eolie, ma le difficoltà connesse alla crisi economica da tempo influenzano negativamente il benessere delle comunità locali, comprimendone i bisogni e riducendo l'accesso ai servizi sociali, sanitari e culturali. Il crollo del turismo determinato dal covid-sars-2 ha penalizzato ulteriormente tali comunità, contribuendo a far scendere di 16 posti la provincia nell'indicatore "cultura e tempo libero". Nel 2016 (Urbes - ISTAT 2018) nella provincia di Messina, quarta per tasso di attività dopo Ragusa, Enna e Siracusa, soltanto il 45,1% delle

persone risulta occupato, con un livello occupazionale inferiore di circa 16,5 punti rispetto alla media nazionale; le percentuali scendono sensibilmente se si considera l'occupazione femminile, confermando il divario di genere in campo lavorativo.

A Messina si trovano industrie di medie dimensioni dedite alla produzione di caffè, birra e generi alimentari, prefabbricati, mobili; il settore della cantieristica navale è presente nella zona del porto cittadino (storica sede della Rodriguez, dove fu costruito il primo aliscafo al mondo). Nella provincia di Messina, le imprese attive sono circa 4.000 di cui circa un quarto nel solo settore alimentare, la sede più importante è la Raffineria Mediterranea di Milazzo, ma la Valle del Mela ospita anche i Cantieri navali e le acciaierie di Giammoro, oltre che l'importante centrale elettrica di San Filippo del Mela (la provincia di Messina risulta essere tra le maggiori produttrici di energia elettrica e in assoluto la più alta consumatrice di olio combustibile per centrali termoelettriche della Sicilia, con una quota pari all'82% del totale regionale). Il Comprensorio del Mela, dichiarato dalla Comunità Europea "zona ad alto rischio ambientale" è una delle aree più popolate e insieme più critiche della provincia - soprattutto per l'elevata incidenza di patologie correlate all'inquinamento - dove è alta la percezione di rischio da parte della popolazione e dove le tematiche legate alla tutela della salute individuale si intrecciano inevitabilmente con quelle legate alla tutela degli ambienti naturali, di vita e di lavoro e con le problematiche socio-economiche: ulteriore prova è il recente ritrovamento di una discarica abusiva presso la spiaggia di ponente di Milazzo di estensione enorme, una vera e propria emergenza ambientale, anche per la presenza di numerosi fusti contenenti presumibilmente rifiuti tossici. L'area di Milazzo, unitamente a quelle di Gela e di Augusta-Priolo, è oggetto di specifico programma organico di interventi straordinari mediante un tavolo tecnico regionale costituito da operatori dei settori interessati e decisori istituzionali e politici.

Le dinamiche socio-demografiche sono determinanti nel creare la domanda di salute e di fatto, insieme ad altri fattori contestuali, orientano le scelte e le politiche sanitarie anche attraverso gruppi di pressione più o meno dichiarati. Per tale motivo è opportuno attenzionare la "fitta rete di relazioni" di cui è costituito il sistema Sanità e di cui l'Agenas, nel "Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità" redatto nell'ambito del Progetto "Illuminiamo la salute", individua quattro gruppi principali di attori: operatori della salute, fornitori del mondo della sanità, decisori a livello politico e a livello tecnico-amministrativo, destinatari dei servizi: tutti importanti nel definire le relazioni dell'Azienda con il suo contesto esterno e il cui delicato equilibrio si regge sulle "relazioni funzionali che si stabiliscono tra gli stessi, mediate dalle regole del settore pubblico, dalle norme generali, dal sistema di valori di ciascuno e da molteplici interessi". Sono gli "stakeholder", i portatori di interesse, i cui rapporti con l'amministrazione è importante siano espliciti, trasparenti e finalizzati in funzione di obiettivi comuni e dichiarati.

Tra gli operatori della salute che entrano in rapporto con l'ASP di Messina annoveriamo una pluralità di soggetti, singoli professionisti, associazioni, enti pubblici e privati che operano nel territorio provinciale, ma anche in ambito regionale e interregionale, portatori di specifici quanto diversificati interessi. Consapevole che la presenza di soggetti esterni potenzialmente beneficiari comporta in incremento del rischio corruttivo, tra le misure di controllo l'Azienda ha provveduto a pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione Codice di Comportamento, del proprio sito web la mappatura degli ambiti di interesse, ossia l'elenco delle Associazioni e delle Organizzazioni in ambito sociale, sociosanitario e di promozione socioculturale presenti nel proprio territorio e con cui ha rapporti, nonché l'elenco delle Associazioni Donatori di Sangue convenzionate.

Le riforme succedutesi nel tempo hanno unificato in un unico grande Distretto Sanitario la città di Messina, il cui territorio, costellato dai piccoli centri vicini, era diviso in due Unità Sanitarie Locali sin dal 1979, connotandolo per l'esistenza di sole strutture che erogano assistenza territoriale, col risultato che il Distretto Sanitario che da solo copre quasi la metà della

popolazione totale non ha propri ospedali, mentre vi operano, tutte concentrate nella città di Messina, autonome strutture di ricovero pubbliche - l'Azienda Ospedaliera Universitaria "G. Martino", l'Azienda Ospedaliera "Papardo" e l'IRCCS Bonino-Pulejo che ha recentemente assorbito lo storico Ospedale cittadino "Piemonte" - e otto Case di Cura private convenzionate (che complessivamente contano 838 posti letto accreditati). Con le prime, su indicazioni e azioni programmatiche dell'Assessorato Regionale della Salute, si sono avviati piani integrati di intervento e attività condivise, al fine di creare una "rete" che, salvaguardando l'autonomia di ciascuna Azienda, garantisca la circolazione dei professionisti, l'eliminazione di sprechi e l'innalzamento della qualità assistenziale. Razionalizzare le risorse e creare percorsi clinico-assistenziali integrati ospedale-territorio è l'obiettivo dell'integrazione clinica e gestionale fra azienda sanitaria e aziende ospedaliere, le cui dinamiche è necessario siano sostenute da regole e da comportamenti trasparenti, nel superiore interesse di un sistema più equo perché più capace di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini, come peraltro si sta sperimentato per fronteggiare l'emergenza covid-19.

Rispetto alle 8 Case di cura convenzionate, l'ASP esercita funzioni istituzionali di controllo attraverso alcune proprie Unità Operative, relativamente alla tenuta delle cartelle cliniche, alle condizioni igienico-sanitarie, alla tenuta delle sale operatorie e dei farmaci, alla sicurezza di particolari tecnologie sanitarie, all'idoneità e compatibilità del personale. Ancora funzioni di controllo sono quelle esercitate su altri soggetti privati accreditati col SSN e presenti sul territorio provinciale: 166 strutture convenzionate al 31/12/2022 (Laboratori di Analisi Cliniche, Diagnostica Radiologica, Ambulatori di Fisiokinesiterapia, Poliambulatori Specialistici, etc..., strutture presenti in maggior numero nei distretti di Messina, Milazzo, Barcellona P.G. e Taormina), 12 strutture convenzionate ex art.26 (+6 pubbliche), 7 RSA private (+3 RSA pubbliche), 25 Consultori Familiari, oltre 3 Consultori Familiari convenzionati (di cui 2 a Messina e 1 a Taormina), 9 Centri Dialisi, 4 CTA, 2 Strutture termali (nel distretto di Messina), 2 Comunità collegate con i Ser.T. e, infine, 1 ONLUS e 1 Consorzio SRL nel settore delle cure palliative. È questo un ambito particolarmente importante ai fini del monitoraggio del rischio corruttivo, per gli evidenti interessi che vi entrano in gioco e per le eventuali implicazioni che un impiego non a norma di strutture, personale e apparecchiature può avere sulla salute dei cittadini.

Per questo motivo, i rapporti contrattuali con i privati accreditati, già individuati dalla Determinazione ANAC n.12/2015 quale area di rischio specifico per il settore Sanità, sono stati oggetto nel tempo di particolare attenzione da parte dell'ANAC e, conseguentemente, nelle misure dei successivi PTPCT di questa Azienda.

Gli operatori della salute, profondamente radicati nelle comunità locali e in grado di indirizzare la domanda di salute, sono i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta e, in secondo luogo e in minor misura, i titolari delle farmacie private (245, di cui 72 nel solo Comune di Messina): il loro coinvolgimento, soprattutto ai fini dell'appropriatezza prescrittiva e di indirizzamento, risulta di rilievo in un campo sensibile quale quello della spesa farmaceutica e del corretto uso di presidi, dispositivi medici e strumentazioni sanitarie.

Quello dei fornitori è un mondo variegato, come vario e articolato è l'insieme delle attività di una Azienda sanitaria provinciale, e normalmente si tratta di soggetti privati che perseguono un interesse economico. Una prima distinzione è sicuramente quella tra fornitori di beni e fornitori di servizi. Tra i primi si spazia poi dalle forniture di cancelleria per le attività amministrative, a quelle più "pesanti" relative ad arredi e strumenti di uffici, servizi e ospedali, dalle apparecchiature bio-medicali e dai sistemi di gestione informatica - a cui è poi collegata spesso anche la fornitura di servizi -, alle ditte farmaceutiche e a quelle del settore della protesica. Tra i secondi troviamo diversi soggetti giuridici: dalle ditte specializzate in servizi vari (pulizia, preparazione pasti, vigilanza, onoranze funebri) a quelle autorizzate allo smaltimento dei rifiuti (settore questo particolarmente delicato), dalle Associazioni e ONLUS

che effettuano servizio di ambulanza per pazienti e trasporto per i dializzati, alle Cooperative sociali, tra cui quelle che cogestiscono le 14 strutture abitative riabilitative (St.A.R.) e la struttura che ospita i soggetti dimessi dall'OPG di Barcellona P.G. (la REMS di Naso) del Dipartimento Salute Mentale.

Un cenno particolare va fatto per il Centro Unico Prenotazioni (CUP), che per la nostra Azienda è un servizio fornito da una Cooperativa, importante in relazione alla corretta tenuta delle agende che regolamentano le liste d'attesa per le prestazioni specialistiche istituzionali e in ALPI, ancor più in un contesto che ha visto la transizione verso il Sovracup interaziendale, che gestisce ormai tutte le agende delle Aziende pubbliche nonché delle Case di cura accreditate dell'area metropolitana, limitatamente queste ultime alle prestazioni critiche per le quali non si raggiunge la garanzia dei tempi di attesa ossia le Specialistiche ambulatoriali esterne di cardiologia e di radiologia. Le prenotazioni in ALPI vengono gestite tramite agende esclusivamente dal CUP.

I rapporti con i fornitori sono generalmente regolati in base a bandi di gara, meno su procedure di affidamento diretto. Per quanto sia in atto una politica regionale tesa a centralizzare le gare per gli approvvigionamenti, resta ancora nevralgico il ruolo svolto dalle UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico in una materia tra le più attenzionate dall'Autorità oltre che per la configurazione di specifici reati, anche perché "i beni acquistati sono estremamente numerosi, presentano una grande complessità tecnica e sono diversificati per aspetti qualitativi che possono anche incidere oltre che sulla sostenibilità del sistema anche sull'esito del percorso di cura del paziente" (Age.n.a.s.). Molte delle misure previste dai Piani aziendali di prevenzione sono finalizzate a rendere trasparenti e controllabili i molteplici interessi esterni, compresi i tentativi di infiltrazione mafiosa, che potrebbero influenzare gli ambiti operativi di tali Servizi.

Importanti nel definire il contesto dell'A.S.P. sono infine tanto le politiche nazionali, regionali e locali a cui sono collegate anche le dinamiche sindacali, quanto i fruitori dei servizi.

Il Piano Sanitario Nazionale e il Piano Sanitario Regionale costituiscono gli strumenti cardine della programmazione aziendale e orientano le relazioni con istituzioni e società civile, nell'ambito delle quali si definiscono le attività di intervento, anche in rapporto alle complessive politiche territoriali. Le dinamiche sociali a riguardo evidenziano una progressiva marginalizzazione di intere aree geografiche, in parte dovute ai processi di concentrazione dei servizi innescati dai Patti di rientro, in parte risultanti da scelte sedimentate nel tempo in merito all'allocazione delle risorse e alle complessive politiche di sviluppo. Sotto l'aspetto socio culturale, occorre segnalare al riguardo anche il peso delle relazioni familiari, amicali e di lobby nel condizionare e a volte determinare le scelte dei decisori, rendendole opache e di fatto inducendo distorsioni e disfunzioni nell'attività della pubblica amministrazione.

Fattore frenante per lo sviluppo e in grado di drenare risorse verso aree diffuse di malaffare è sicuramente la criminalità organizzata, di cui i fatti di cronaca svelano sempre più le correlazioni con i fenomeni corruttivi. Tutto ciò concorre ad aumentare nei cittadini la percezione di istituzioni "deviate" rispetto al loro ruolo e ad alimentare il senso di sfiducia verso i servizi.

Il Rapporto "Mappiamo la Corruzione" di Transparency International Italia, puntualizzando proprio quanto contribuisca l'attività dei media sulla percezione sociale della corruzione e come la cronaca abbia dato spazio a tutti quei casi di corruzione, frodi e comportamenti illeciti che non si sono arrestati nonostante il Covid-19, trovandovi in molti casi "linfa vitale", analizza la diffusione geografica delle 627 "notizie di corruzione e reati simili" pubblicate nel 2020, anno in cui la Sicilia risulta la prima regione per diffusione della corruzione e i settori più interessati sono pubblica amministrazione, sanità e politica: 15 i casi registrati a Messina, seconda solo a Palermo. A tal proposito, è indubbio che la pandemia di Covid-19 rappresenta una "grande opportunità" per le mafie. Lo snellimento delle procedure d'affidamento degli appalti e dei

servizi pubblici per fronteggiare lo stato emergenziale comporterà "seri rischi di infiltrazione mafiosa dell'economia legale, specie nel settore sanitario". E' la Dia ad avvertire che il comune denominatore delle strategie mafiose, in questo periodo più di altri, è la capacità di rapportarsi con la Pubblica amministrazione operando in forma imprenditoriale nel settore degli appalti e delle commesse.

L'indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International rileva la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi di tutto il mondo, basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli cd. "puliti".

Nell'edizione 2021 dell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International l'Italia guadagna 3 punti importanti rispetto allo scorso anno, che consentono di avanzare recuperare 10 posizioni nella classifica dei 180 Paesi oggetto dell'analisi. Il CPI 2021 pone l'Italia al 42esimo posto, con un punteggio di 56.

Si rimane in attesa della presentazione del CPI per l'anno 2022, previsto per il 31/01/2023.

Il progresso dell'Italia, in linea con il costante miglioramento dal 2012 ad oggi, non è altro che il risultato di una crescente attenzione al fenomeno della corruzione nell'ultimo decennio.

La fase di rilancio del Paese, attivata anche mediante il PNRR, richiede pertanto la massima attenzione riguardo alla prevenzione dei rischi di corruzione; l'accelerazione per la digitalizzazione, l'innovazione, la transizione ecologica, la sanità e le infrastrutture dovranno trovare piena realizzazione.

A livello mondiale, Danimarca e Nuova Zelanda restano al vertice della classifica, affiancati quest'anno anche dalla Finlandia, con 88 punti. In fondo alla classifica. Si rileva che dal 2012 al 2021, ben 154 Paesi non hanno compiuto progressi significativi o hanno peggiorato il loro punteggio, e in quest'ultimo anno 2/3 dei Paesi analizzati (123 su 180) presentano ancora importanti problemi di corruzione, avendo conseguito un punteggio inferiore a 50, ed evidenziano un forte rischio di arretramento nella tutela dei diritti umani, nella libertà di espressione e di una crisi della democrazia.

In occasione della relazione di inaugurazione dell'Anno Giudiziario 2021, il Presidente della Corte d'Appello di Messina, denunciando il perdurare delle carenze di organico e strutturali che sono alla base dell'elevato numero di procedimenti pendenti con il rischio concreto di prescrizione dei reati, ha evidenziato un aumento del 43%, dei procedimenti per responsabilità colposa per morte o lesioni in ambito sanitario. Diminuiscono del 21% invece i procedimenti per reati contro la pubblica amministrazione quali peculato, malversazione, corruzione e concussione. In calo del 36% i reati di associazione per delinquere e del 29% quelli di associazione per delinquere tipo mafioso. Calano lievemente (del 6%) le bancarotte e i reati in materia informatica. Sempre alto, anche se in lieve diminuzione del 6%, è il numero dei reati per traffico e spaccio di stupefacenti; in diminuzione (intorno al 35%) i reati in materia di inquinamento.

La Relazione della DIA sul primo semestre 2020 sottolinea come l'andamento della delittuosità riferita al periodo del lockdown ha mostrato che le organizzazioni mafiose "si sono mosse con una strategia tesa a consolidare il controllo del territorio, (...) ad incrementare il consenso sociale anche attraverso forme di assistenzialismo a privati e imprese in difficoltà". "La capacità di infiltrazione delle mafie e di imprenditori senza scrupoli nella pubblica amministrazione, anche in questo momento di crisi, emerge chiaramente con l'andamento dei reati di induzione indebita a dare o promettere utilità, traffico di influenze illecite e frodi nelle pubbliche forniture, tutti in aumento rispetto allo stesso periodo del 2019. Agendo nel massimo silenzio per riciclare i capitali illeciti, professionisti esperti costituiscono i referenti per la gestione degli affari economici più complessi".

Confermato quindi anche per gli anni successivi il quadro delineato dalle medesime Relazioni presentate dal Ministro dell'Interno alla Camera dei Deputati negli anni precedenti: è infatti

tuttora significativo il controllo territoriale esercitato nella provincia di Messina dalle organizzazioni criminali di stampo mafioso attraverso la ricerca del consenso e della mediazione per condizionare, tra gli altri, anche i settori della pubblica amministrazione e della imprenditoria privata: turbata libertà degli incanti, abuso d'ufficio, falso in atto pubblico, ma anche peculato, truffa aggravata, falso in bilancio e reati finanziari, i principali reati accertati contro la Pubblica Amministrazione. La Relazione evidenzia gli intrecci esistenti nella fascia jonica della provincia tra le famiglie malavitose locali e quelle del catanese, e i rapporti con la provincia di Palermo nel settore del traffico degli stupefacenti, sottolineando come nella Sicilia orientale Cosa Nostra più che il monopolio delle attività criminali, miri a gestire interessi strategici, come gli appalti pubblici e i servizi, che consentirebbero di ampliare le affiliazioni e la capacità di penetrazione nel territorio. Nell'autunno 2018 è stato portato alla luce, con l'Operazione Beta2, proprio un ben articolato piano di intervento facente capo al sodalizio tra famiglie messinesi e catanesi, finalizzato, tra l'altro, a gestire la distribuzione dei farmaci in Sicilia e Calabria e alla creazione di un hub per la distribuzione di farmaci nell'hinterland di Milazzo. La Relazione semestrale della DIA per l'anno 2020 conferma il quadro già tracciato negli anni precedenti: la particolare esposizione geografica della provincia messinese favorisce la "contaminazione criminale" delle famiglie mafiose autoctone con cosa nostra palermitana (costa tirrenica) e catanese (costa ionica), oltre che con la 'ndrangheta calabrese, connotando Messina come "un crocevia di rapporti e alleanze" dando vita a gruppi fortemente organizzati e strutturati, in grado di condizionare, inquinandoli, settori quali gli appalti, i servizi, lo smaltimento dei rifiuti, il commercio, l'agroalimentare, il turistico-alberghiero, il trasporto su strada, le cooperative, le onoranze funebri. Tali ambiti vengono infiltrati anche mediante una rete di funzionari pubblici, esponenti della politica e operatori economici compiacenti e non necessariamente affiliati, "...i cosiddetti *colletti bianchi*, soggetti di diverse categorie ed estrazione sociale, non organici all'organizzazione criminale, che comunque contribuiscono a quelle strategie strumentali ad accrescerne le attività", traendone vantaggi personali. L'accento è messo sulla capacità della criminalità organizzata di mutare il proprio modus operandi, parlando dell'apertura "di una nuova epoca – quella della mafia 2.0 – sempre più al passo con i tempi", la cui strategia ormai sempre più sommersa e silente utilizza "metodologie volte a prediligere le azioni sottotraccia e gli affari sovente realizzati attraverso sofisticati meccanismi collusivi e corruttivi", che interferiscono sul funzionamento della pubblica amministrazione, soprattutto a livello locale e soprattutto laddove transitano cospicue risorse economiche, come appunto la sanità. Resta alta l'attenzione per il settore di interesse dei sodalizi mafiosi identificato già dalle precedenti Relazioni in quello agro-pastorale della zona nebroidea, oggetto di "un complesso sistema fraudolento per intercettare indebitamente fondi pubblici" anche mediante il condizionamento dell'assegnazione dei terreni demaniali, dove si realizza un sodalizio tra famiglie autoctone e famiglie dei mandamenti di Catania e Palermo, come emerso dalle operazioni svolte dalla fine del 2018 all'inizio del 2020, che hanno scoperto una vasta infiltrazione della criminalità organizzata di stampo mafioso nell'aggiudicazione dei pascoli demaniali del Parco dei Nebrodi, con l'obiettivo di ottenere contributi comunitari nel corso degli anni per importi milionari, portando a 94 arresti e 151 fermi aziendali.

Particolare rilievo viene dato alle infiltrazioni mafiose nei Comuni: "Considerato che i Comuni, anche quelli di piccole dimensioni possono essere rilevanti centri di spesa, con la corruzione *Cosa nostra* è in grado di condizionare burocrazia e politica, per raggiungere più efficacemente i suoi scopi". La rilevanza del fenomeno è testimoniata dall'elevato numero di Comuni sciolti per mafia negli ultimi anni, anche in provincia di Messina.

In tale ambito si collocano diverse operazioni condotte negli ultimi anni, che hanno svelato l'esistenza di un comitato d'affari, composto da politici messinesi, esponenti della criminalità locale, imprenditori e faccendieri, che per anni ha gestito la cosa pubblica nella città dello Stretto. Gli indagati rispondono, a vario titolo, di associazione a delinquere, corruzione per atti

contrari ai doveri d'ufficio, induzione indebita, corruzione, accesso abusivo ad un sistema informatico o telematico, intestazione fittizia di beni.

Altre indagini, come quella della Guardia di Finanza coordinata dall'inizio del 2018 dalle Procure di Roma e Messina e tuttora in corso hanno portato alla luce frodi fiscali e corruzione in atti giudiziari, con il coinvolgimento sistematico di avvocati, magistrati e giudici tributari.

La Direzione investigativa antimafia, inoltre, nella sua relazione al parlamento relativa al primo semestre del 2021, evidenzia in particolare la capacità di alcune organizzazioni mafiose messinesi di espandersi in altre province confinanti dove hanno esportato una specifica competenza nell'acquisizione illecita di finanziamenti pubblici destinati al settore agro-pastorale. Tale aspetto insieme alla gestione del gioco d'azzardo sottolinea l'evoluzione di alcune consorterie messinesi che appaiono capaci di affiancare ai reati tipici dell'associazione mafiosa specifiche capacità imprenditoriali nella gestione di attività criminali più remunerative e meno esposte al rischio di contrasto da parte delle forze di polizia.

Costante, inoltre, risulta "la volontà delle consorterie mafiose di infiltrare o condizionare l'attività politico-amministrativa degli Enti territoriali del messinese. Si tratta di attività delittuose che spesso portano allo scioglimento degli Enti amministrativi per accertate infiltrazioni mafiose come accaduto nel semestre scorso a Tortorici laddove gli esiti della citata indagine "Nebrodi" hanno portato all'accesso ispettivo e al successivo scioglimento del consiglio comunale per ingerenze mafiose. Nel semestre inoltre l'indagine "Chair" conclusa nel giugno 2021 dalla DIA di Messina ha fatto emergere ripetuti episodi di corruzione elettorale e di estorsione aggravata dal metodo mafioso registrati nel corso delle elezioni svolte nel 2017 per il rinnovo dell'Assemblea Regionale Siciliana. Altro fenomeno rilevante sebbene non sempre riconducibile alle affermate compagini criminali risulta quello degli episodi corruttivi posti in essere da spregiudicati imprenditori e pubblici funzionari che perseguono il facile arricchimento derivante dall'aggiudicazione di pubblici appalti. Ulteriore attività di contrasto alle organizzazioni criminali è rappresentata dai provvedimenti ablativi che colpiscono i patrimoni criminali nel tempo illecitamente accumulati. In tal senso nel semestre oltre ai provvedimenti effettuati dalle Forze di polizia nell'ambito di indagini giudiziarie la DIA peloritana ha eseguito numerosi decreti di sequestro e confisca".

"Alla luce di quanto sinora esposto – concludono gli investigatori - si ritiene che cosa nostra messinese continuerà a manifestare notevoli potenzialità organizzative ed elevate capacità rigenerative, frutto di uno stabile e consolidato radicamento sul territorio.

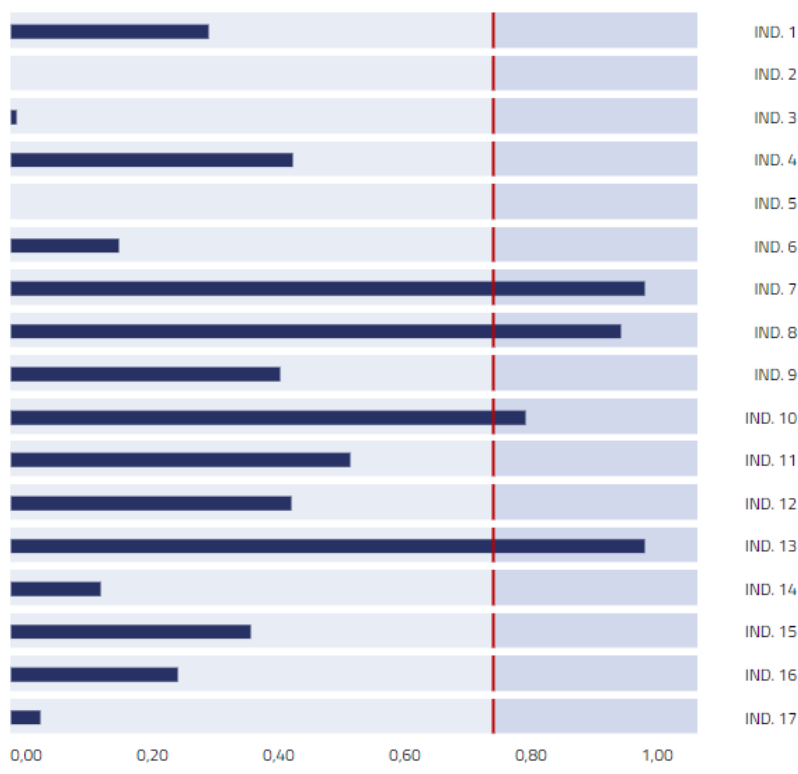
Permarranno verosimilmente le cointeressenze con le altre organizzazioni criminali confinanti avuto riguardo alla gestione delle classiche forme di profitto illecito, così come il traffico di stupefacenti tenderà a proseguire attraverso accordi con sodalizi anche di altre regioni evitando per quanto possibile scontri cruenti".

Nel corso del 2022, l'ANAC ha presentato il progetto "Misura la corruzione", proponendo una serie di indicatori (di contesto, di rischio corruttivo e di rischio a livello comunale), che consentono alle pubbliche amministrazioni di poter rilevare ulteriori indicatori riferiti al contesto territoriale di riferimento, ed in particolare "Misurazione del rischio di corruzione a livello territoriale e promozione della trasparenza". Tali indicatori funzionano come red flags o alert che si accendono quando si riscontrano una serie di anomalie. In particolare, gli indicatori sugli "appalti" forniscono informazioni legate agli acquisti delle amministrazioni localizzate nella provincia a cui si riferiscono, suddivisi in diciassette tipologie e per oggetto (lavori, servizi, forniture), settore (ordinario e speciale) e anno di pubblicazione.

Nello specifico si fa riferimento alla sezione "Appalti" degli indicatori, laddove è possibile selezionare tra "forniture", "Lavori" e "Servizi".

Di seguito si riporta il grafico della "Appalti" per la provincia di Messina, dove si evince che sono calcolabili 16 indicatori su 17. Di seguito si riporta anche la legenda degli indicatori.

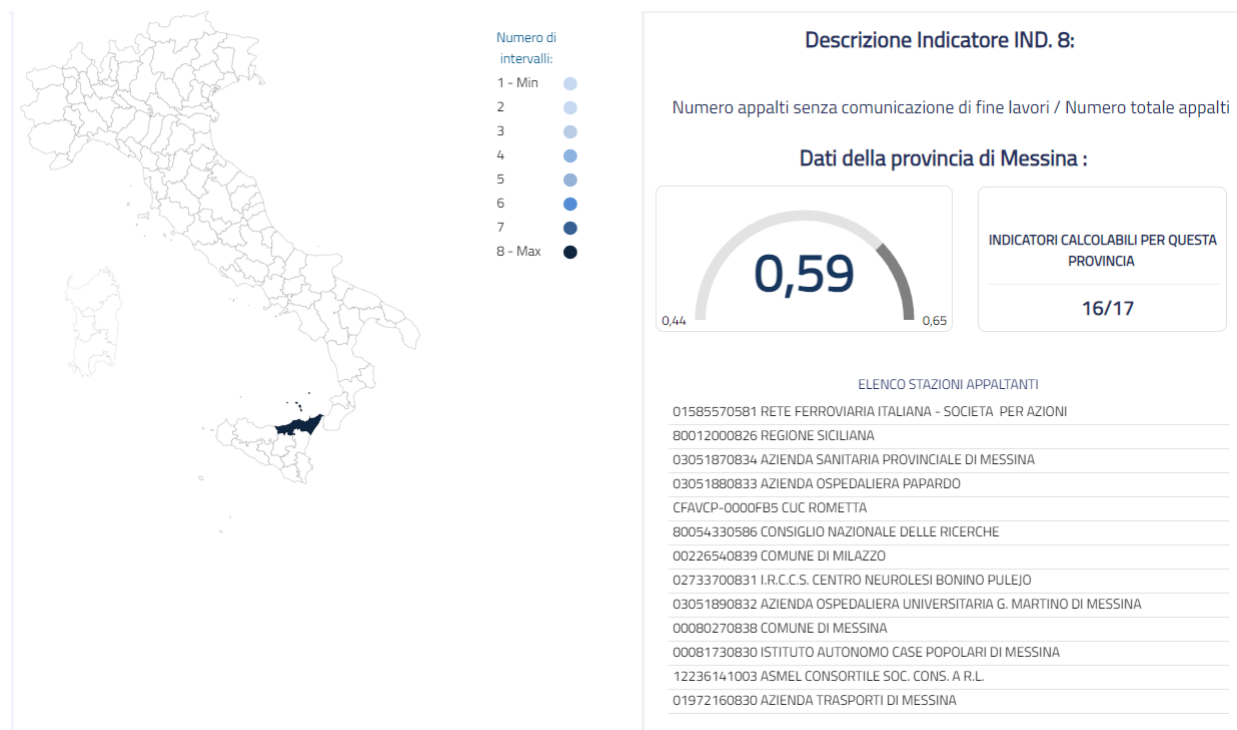
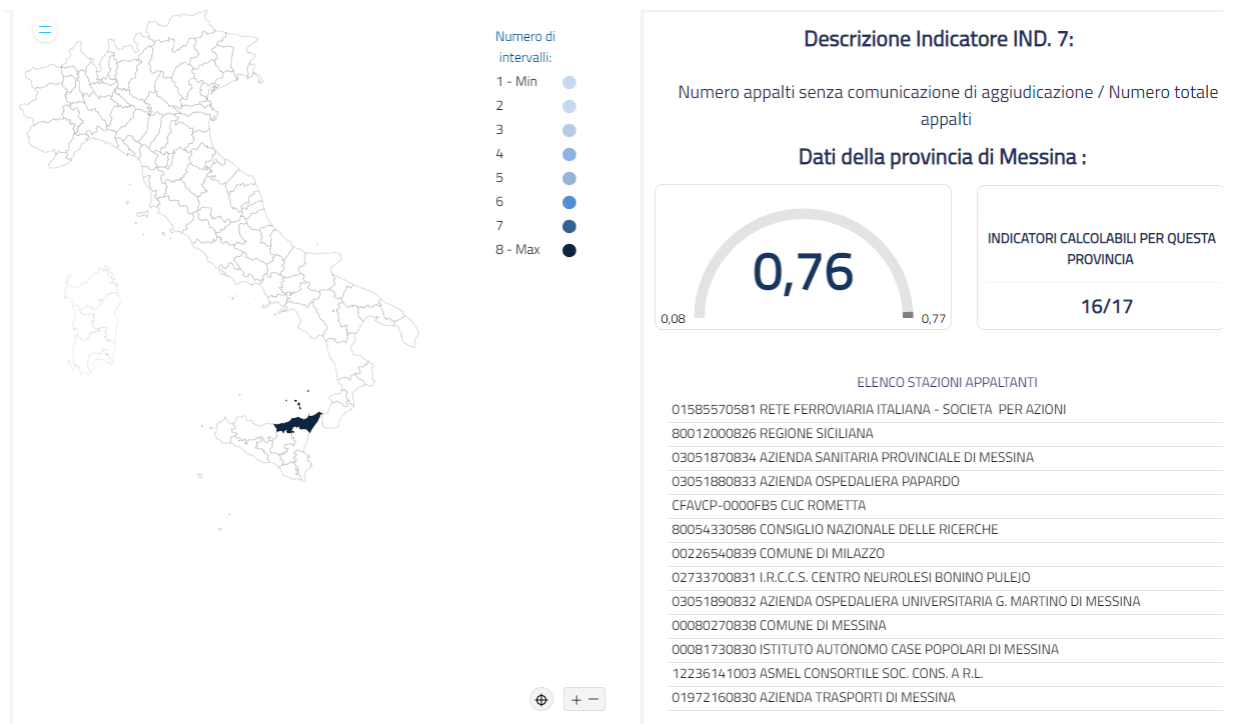
Dati della provincia di Messina :

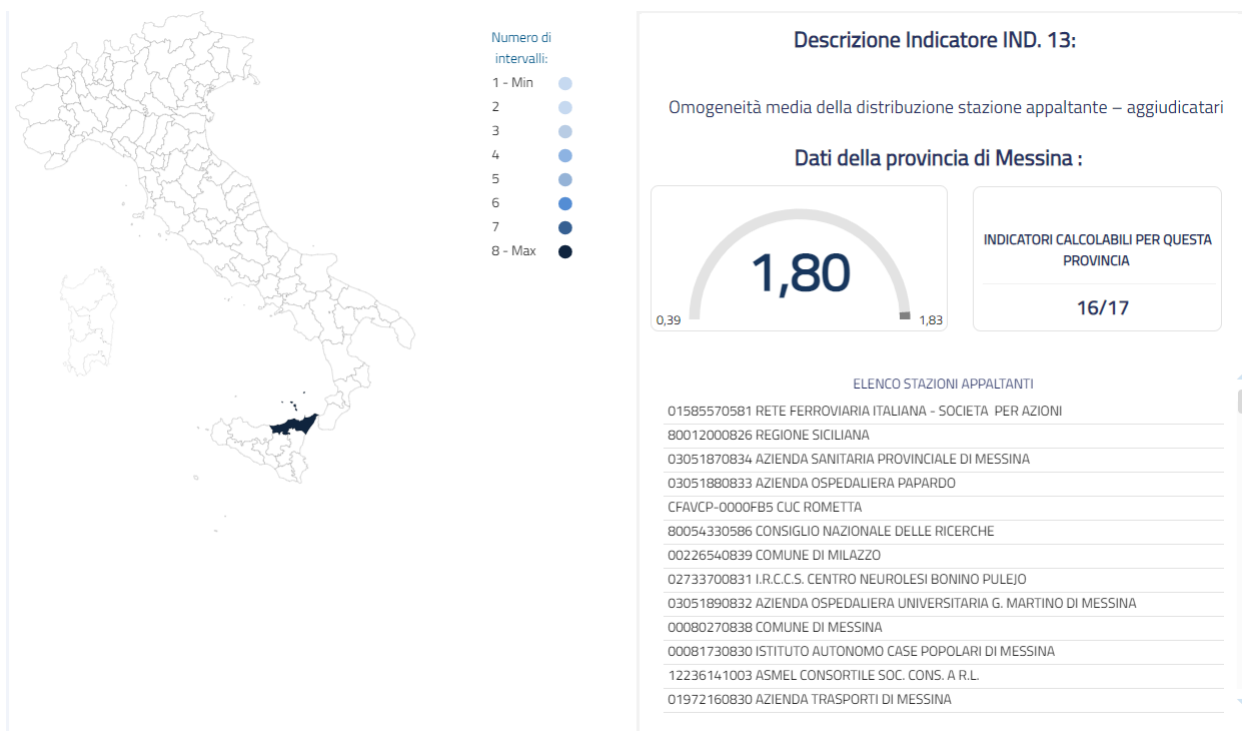
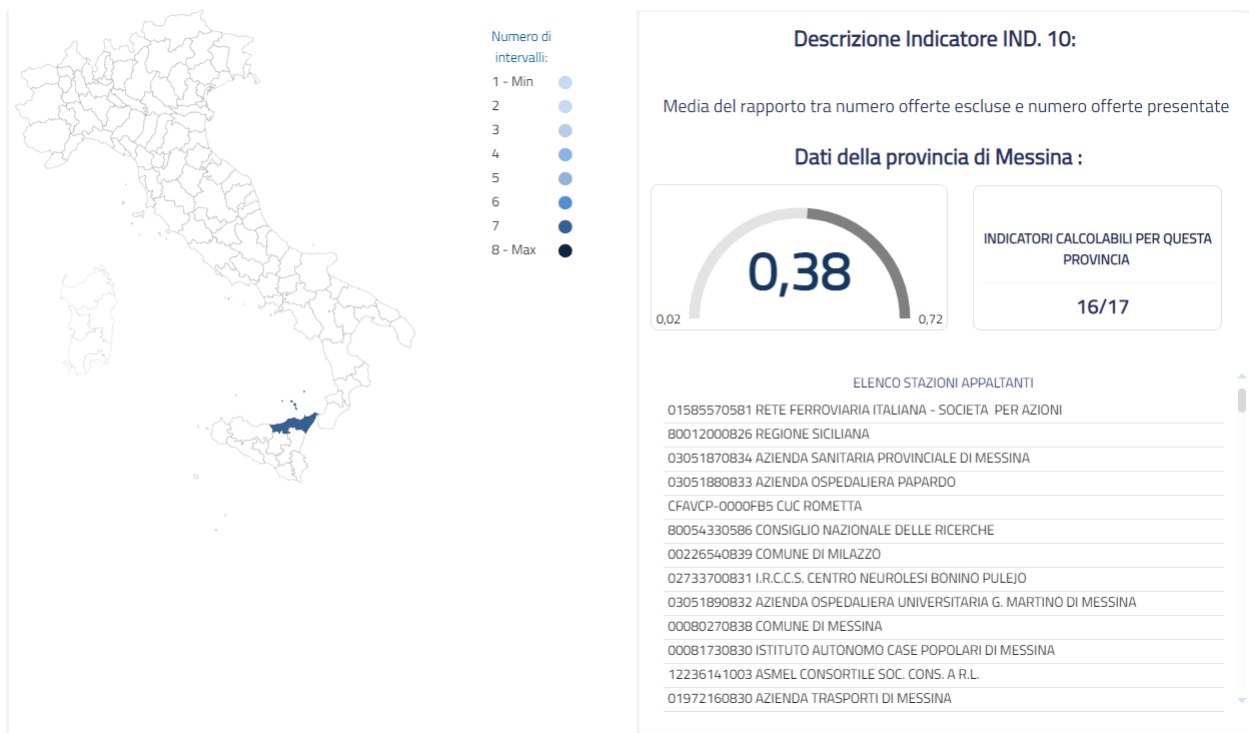


Descrizione Indicatori Appalti

IND. 1	Numero appalti aggiudicati con offerta economica più vantaggiosa / Numero totale appalti
IND. 2	Numero appalti non aperti / Numero totale appalti
IND. 3	Valore economico appalti non aperti / Valore economico totale appalti
IND. 4	Numero appalti con almeno una variante / Numero totale appalti aggiudicati e conclusi
IND. 5	Media del rapporto fra importo a consuntivo e importo di aggiudicazione
IND. 6	Media del rapporto fra durata della realizzazione del contratto effettiva e prevista
IND. 7	Numero appalti senza comunicazione di aggiudicazione / Numero totale appalti
IND. 8	Numero appalti senza comunicazione di fine lavori / Numero totale appalti
IND. 9	Numero appalti con offerta singola (una sola offerta ammessa a fronte di un'unica offerta presentata) / Numero totale appalti con una sola offerta ammessa
IND. 10	Media del rapporto tra numero offerte escluse e numero offerte presentate
IND. 11	Numero appalti con esclusione di tutte le offerte tranne una / Numero totale appalti con una sola offerta ammessa
IND. 12	Media della proporzione di offerte escluse, calcolata solo sugli appalti che hanno esclusione di tutte le offerte tranne una
IND. 13	Omogeneità media della distribuzione stazione appaltante – aggiudicatari
IND. 14	Media dei giorni tra data di scadenza del bando e data di pubblicazione
IND. 15	Media dei giorni tra data della prima aggiudicazione e data di scadenza del bando
IND. 16	Numero appalti con importo del lotto compreso tra 37.500 e 40.000 Euro / Numero appalti con importo del lotto compreso tra 30.000 e 37.500 Euro *
IND. 17	Rileva la frazione di contratti di importo compreso tra 20.000 e 40.000 € rispetto al numero di contratti di importo superiore a 40.000 € *

Si rileva che per la provincia di Messina vi sono 4 indicatori al di sopra della soglia, 7, 8, 10 e 13, dei quali si riporta a seguito il relativo grafico descrittivo, da cui risultano le stazioni appaltanti insistenti nel territorio provinciale.





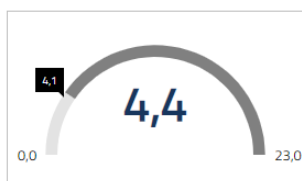
A seguire si riportano gli indicatori di contesto (Dominio – Criminalità) provinciali di Messina, con particolare riferimento ad alcune variabili presenti in tale cruscotto, riferiti al periodo 2015-2017, con le rispettive variazioni percentuali:

- reati di corruzione, concussione e peculato
- altri reati contro la PA

Messina

Monitoraggio degli indicatori che definiscono il dominio Criminalità

Reati di corruzione, concussione e peculato 2017

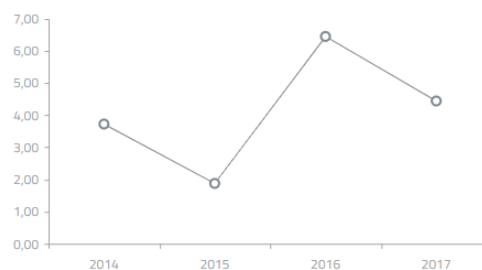


Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
23

Variazione dall'anno precedente
-31,13 %



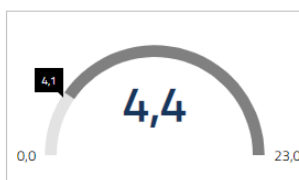
Reati di corruzione, concussione e peculato



Messina

Monitoraggio degli indicatori che definiscono il dominio Criminalità

Reati di corruzione, concussione e peculato 2017

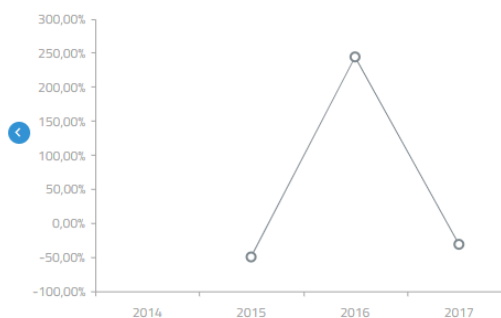


Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
23

Variazione dall'anno precedente
-31,13 %

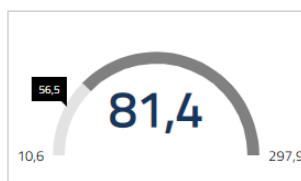


Variazione rispetto all'anno precedente



Reati contro l'ordine pubblico e ambientali 2017

Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione 2017

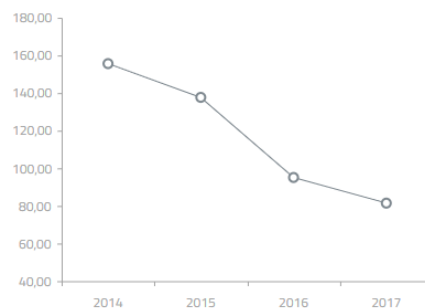


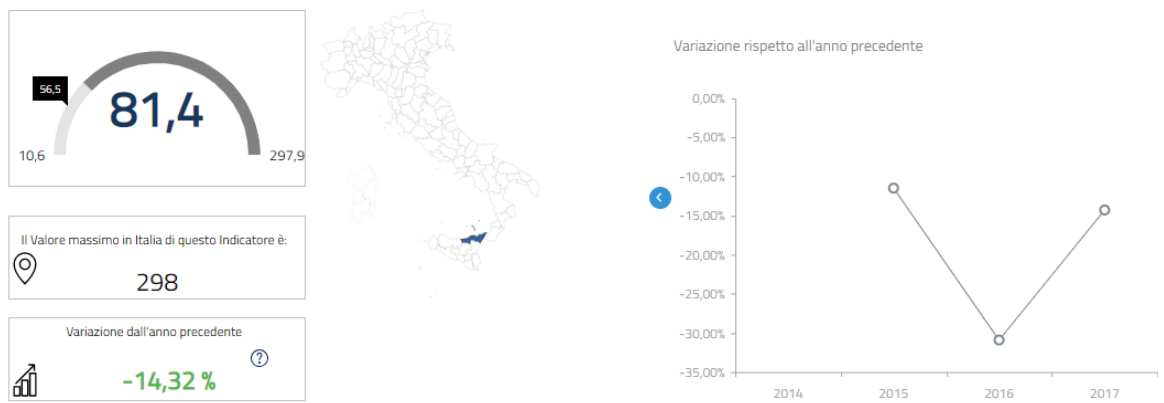
Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:
298

Variazione dall'anno precedente
-14,32 %



Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione





2.3.2 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".

Nella relativa sezione del P.T.P.C.T. 2022-2024 (cap.6.2.2.), che si richiama per i contenuti di dettaglio, è stato rappresentato che 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.558/DG del 02/03/2020, parzialmente modificato con 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'11/01/2019. 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. Riferimenti all'organigramma e alle strutture aziendali sono trattati nella sottosezione "Struttura organizzativa" della Sezione 3 – *Organizzazione del capitale umano* del presente P.I.A.O., nonché nella sottosezione "Performance", cui si rinvia per le specifiche aziendali, nonché ai dati di struttura indicati nella precedente sottosezione inerente il contesto esterno.

2.3.3 MAPPATURA DEI PROCESSI

PROGRAMMAZIONE DEGLI OBIETTIVI STRATEGICI E MONITORAGGIO P.I.A.O.

Il primo obiettivo che l'ANAC pone in evidenza è quello del "*valore pubblico*", secondo quanto indicato nel Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica n. 132/2022.

Ne consegue che l'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere raggiunto avendo chiaro che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni "*del*" e "*per*" la creazione del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente.

L'obiettivo generale viene declinato in obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza, previsti come contenuto obbligatorio della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, che sono programmati dall'organo di indirizzo dell'A.S.P. di modo che siano funzionali alle strategie di creazione del "*Valore Pubblico*".

Nella logica dell'integrazione tra le sottosezioni valore pubblico, performance e anticorruzione, gli obiettivi specifici di anticorruzione e trasparenza rilevano una propria essenza autonoma come contenuto fondamentale della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

Per favorire la creazione di valore pubblico, pertanto, sono stati previsti obiettivi strategici, che riguardano anche la trasparenza, tra quelle di seguito riportate come indicate nel PNA 2022:

- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione dei fondi europei e del PNRR;
- revisione e miglioramento della regolamentazione interna (a partire dal codice di comportamento e dalla gestione dei conflitti di interessi);
- promozione delle pari opportunità per l'accesso agli incarichi di vertice (trasparenza ed imparzialità dei processi di valutazione);
- incremento dei livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni da parte degli stakeholder, sia interni che esterni;
- miglioramento continuo dell'informatizzazione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- miglioramento dell'organizzazione dei flussi informativi e della comunicazione al proprio interno e verso l'esterno;
- digitalizzazione dell'attività di rilevazione e valutazione del rischio e di monitoraggio;
- individuazione di soluzioni innovative per favorire la partecipazione degli stakeholder alla elaborazione della strategia di prevenzione della corruzione;
- incremento della formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e sulle regole di comportamento per il personale della struttura dell'ente anche ai fini della promozione del valore pubblico;
- miglioramento del ciclo della performance in una logica integrata (performance, trasparenza, anticorruzione);

- promozione di strumenti di condivisione di esperienze e buone pratiche (ad esempio costituzione/partecipazione a Reti di RPCT in ambito territoriale);
- consolidamento di un sistema di indicatori per monitorare l'attuazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO integrato nel sistema di misurazione e valutazione della performance;
- integrazione tra sistema di monitoraggio della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e il monitoraggio degli altri sistemi di controllo interni;
- miglioramento continuo della chiarezza e conoscibilità dall'esterno dei dati presenti nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- rafforzamento dell'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alla gestione degli appalti pubblici e alla selezione del personale;
- coordinamento della strategia di prevenzione della corruzione con quella di prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo;

Su tali basi, come dai precedenti PNA, l'Organo di governo dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, con l'adozione della presente sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O., si propone di:

- dare attuazione alla Legge n.190/2012 confermando il proprio orientamento, nel contrasto alla corruzione, verso un sistema di prevenzione integrato con gli altri strumenti strategici adottati a livello aziendale (Codice di Comportamento, Modello Organizzativo, Piano della Performance, Sistemi di Gestione della Qualità, Risk Management), valorizzando e migliorando le misure già esistenti per l'attuazione coordinata dei sistemi di controllo interno e degli interventi organizzativi volti a garantire imparzialità e buon andamento dell'amministrazione ai sensi dell'art.97 della Costituzione;
- integrare in modo organico in continuità con le disposizioni e i contenuti delle precedenti delibere ANAC, nella programmazione 2023-2025, riorientando la sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. verso gli aggiornamenti introdotti ed il modello di pianificazione proposto, migliorandone così l'impianto complessivo e l'efficacia;
- integrare le previsioni del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, e la collegata delibere ANAC di attuazione n. 1309/2016, ed in particolare le delibere n.1310/2016 e 1134/20127, nei confronti delle quali il PNA 2022 interviene sostituendo i rispettivi allegati 1) nella parte in cui vengono elencati i dati da pubblicare per i contratti pubblici nella sottosezione "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente" che implementano la sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O.. Si fa specifico riferimento anche alle nuove disposizioni in materia di trasparenza, con riguardo alle circolari del Dipartimento delle Funzione Pubblica n.2/2017 e n.1/2019 (Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (FOIA));
- armonizzare le misure con le disposizioni contenute nella legge 9 gennaio 2019, n.3, "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici" (C.D. Spazza Corrotti);
- armonizzare le misure con le ultime normative derogatorie introdotte dal D.L. 76/2020 e dal D.L. 77/2021;
- dare una risposta sistemica ad un fenomeno che pregiudica la fiducia nei confronti delle istituzioni e la legittimazione dell'amministrazione stessa, finalizzata alla realizzazione di una gestione amministrativa aperta e al servizio del cittadino.

Per la piena attuazione della Legge n.190/2012, nella stesura della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", che segue dai precedenti PNA, è stata posta l'attenzione sui seguenti punti:

- a) la chiara definizione dei ruoli e delle responsabilità del personale;
- b) l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- c) lo sviluppo e il monitoraggio di meccanismi di supporto, attuazione e controllo delle decisioni per rafforzare la cultura dell'integrità e, nelle aree a maggior rischio, l'effettuazione di percorsi formativi secondo un approccio che sia al contempo normativo e valoriale, in modo da accrescere le competenze e rinforzare il senso etico;
- d) la creazione di uno stretto collegamento tra comportamento etico e attività lavorativa;
- e) il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di monitoraggio del Piano;
- f) la definizione degli obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
- g) il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- h) il monitoraggio dei rapporti tra amministrazione e soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- i) l'adozione delle misure in materia di trasparenza come disciplinate dal D.Lgs. n.33/2013 recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" e integrate nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" in apposita "Sezione".

Ai sensi della Legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" e, in particolar modo, delle indicazioni dall'ANAC nei vari Piani Anticorruzione e relativi aggiornamenti, da ultimo PNA 2022 (delibera ANAC n.7 del 17/01/2023), l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina adotta la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. con la finalità di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici e dei servizi al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio, anche sulla base della valutazione dei risultati e delle criticità riscontrati nei primi anni di applicazione.

L'ANAC, nel PNA 2022, fornisce indicazioni che tengono conto che l'adeguamento agli obiettivi della riforma sul PIAO è necessariamente progressivo. In fatti, lo stesso Consiglio di Stato, nel parere sullo schema di D.P.R. relativo al P.I.A.O., ha precisato che *"il processo di integrazione dei piani confluiti nel PIAO debba avvenire in modo progressivo e graduale anche attraverso strumenti di tipo non normativo come il monitoraggio e la formazione"*. La *"integrazione e "metabolizzazione" dei piani preesistenti e, soprattutto, tale valorizzazione "verso l'esterno" non potrà che avvenire, come si è osservato, progressivamente e gradualmente"*.

Per la predisposizione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. si è tenuto conto di quanto previsto nella check-list di cui all'allegato 1 del PNA 2022, a cui si rinvia per gli specifici contenuti.

Pertanto, tale sottosezione costituisce un programma di attività pianificate e concertate, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure esistenti e da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e, infine, dei tempi. Esso pertanto è uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da monitorare sia nella effettiva applicazione, sia nell'efficacia.

Si configura come un processo di miglioramento continuo, il cui obiettivo è l'aumento del livello di integrità in tutte le aree aziendali, anche a difesa della sostenibilità, dell'efficienza e della qualità del sistema, i cui strumenti vengono *"via via affinati, modificati, o sostituiti in relazione al feed-back ottenuto dalla loro applicazione"*.

Esso assume, inoltre, importante valore programmatico in quanto prevede il diretto coinvolgimento della Direzione aziendale in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione mediante la individuazione degli obiettivi contenuti nei documenti di programmazione strategico-gestionale.

La formulazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. è finalizzata al perseguimento dei seguenti quattro obiettivi strategici, individuati dall'Organo di Direzione:

- riduzione delle opportunità che possano verificarsi casi di corruzione e di illegalità all'interno dell'Amministrazione, mediante l'inserimento nella sottosezione di effettive, concrete ed efficaci misure di prevenzione riguardanti l'intera struttura organizzativa. Al fine di dare attuazione all'indirizzo, le misure contenute nel presente aggiornamento sono state individuate, di concerto con i Direttori delle Strutture e con il Controllo di Gestione, sulla base di una revisione finalizzata a produrre una nuova mappatura nell'ambito delle aree a più elevato rischio, suscettibile di assicurare una migliore e più mirata individuazione delle misure, come emerge dalle schede tecniche (Allegato 1 della sottosezione);
- aumento della capacità di individuare casi di corruzione o di illegalità nell'Amministrazione, mediante il periodico monitoraggio dell'utilizzo degli strumenti e delle misure di contrasto. Tale obiettivo ha condotto alla puntuale predisposizione di tempistica, responsabilità e indicatori per monitorare l'applicazione delle misure, nonché alla previsione, per alcune aree di rischio, quali quelle afferenti alle Unità Operative Provveditorato, Tecnico, Risorse Umane, Affari Generali, Dipartimenti di Prevenzione e di Prevenzione Veterinaria dell'adozione di specifici regolamenti.

Si muove nella medesima direzione anche l'attività di auditing, sperimentata nel corso degli ultimi anni, che nel 2019 è stata messa a sistema mediante la pianificazione congiunta degli audit in materia di anticorruzione e di Internal auditing, nell'ambito della quale il Gruppo Multidisciplinare di supporto al RPCT ha avuto la funzione di interfaccia con il Gruppo di I.A..

Nel corso del 2022 è proseguita l'attività di audit, già avviata a partire dal 2017, nell'ottica del miglioramento delle attività realizzate, inerente tutte le aree di rischio generali e specifiche del SSN, con attività congiunta di revisione della mappatura dei processi, del monitoraggio (sull'attuazione e idoneità delle misure), nonché del riesame periodico sulla funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio". Determinante, a tal fine, la ripresa dell'attività in presenza, a seguito della dichiarazione di fine emergenza sanitaria da Covid-19 il 31/03/2022. È importante far rilevare che fin dal 2018 è stata avviata la collaborazione con l'Internal Auditor per le connesse attività dei PAC. A tale attività diretta del RPCT si è affiancata, nell'ottica della collaborazione e dell'integrazione, quella effettuata dall'Internal Auditor con riferimento al Piano Annuale 2022 contenuto nel Piano Triennale 2022-2024 dell'Internal Audit (Delibera n. 677/CS del 14/02/2022 – Adozione Piano annuale di audit 2022 e Aggiornamento Piano triennale 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 2022. Tale attività di monitoraggio viene garantita anche 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 e successiva deliberazione n.1590/CS del 07/04/2022, sono state attribuite al Gruppo Multidisciplinare dei Referenti anche funzioni di supporto agli Internal Audit, che devono svolgere funzioni di supporto al Gruppo Internal Audit di cui alla delibera n.3115/C del 02/11/2018. Con deliberazione n.3131/CS del 20/07/2022, modificata con deliberazione n.3878/CS del 21/09/2022, è stato costituito un gruppo di lavoro a supporto della funzione di Internal Auditor.

Riguardo all'attività di monitoraggio (1° livello) e riesame (2° livello) per l'anno 2022, pertanto, si è preso atto delle risultanze della "Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche degli Internal Audit aggiornata alla data del 31 Dicembre 2022", per tutte quelle attività sovrapponibili con le attività di audit del RPCT, inerenti anche 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. Quanto precede al fine di evitare sovrapposizioni e duplicazioni di attività.

Come per gli anni precedenti, pertanto, i risultati emersi saranno utilizzati per verificare eventuali criticità rilevati nei processi aziendali, nonché gli 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;

- creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione, attraverso la sistematica applicazione ed il monitoraggio del Codice di Comportamento, che si caratterizza sempre più come documento di riferimento dell'Ente per la redazione degli atti e dei regolamenti;
- individuazione di maggiori livelli di trasparenza e di integrità, da garantire sotto l'aspetto quantitativo con la pubblicazione di "dati ulteriori" e sotto l'aspetto qualitativo, mediante l'attenzione agli aspetti relativi all'aggiornamento, alla tempestività, alla completezza, alla semplicità di consultazione e alla comprensibilità. Per quanto riguarda quest'ultimo punto si rimanda all'apposita sezione del Piano e all'Allegato 2.

La sottosezione anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. realizza la propria mission mediante la progressiva integrazione con gli altri strumenti della programmazione aziendale, in special modo con il ciclo delle Performance, ma anche con le altre sezioni, in raccordo con la Direzione Strategica e stimolando la responsabilizzazione dei dirigenti verso standard di attività che, consolidando i livelli già raggiunti, possano elevare la qualità dei processi aziendali.

In tale ottica, l'integrazione già avviata negli anni mediante l'inserimento delle misure nelle schede di budget sarà sostenuta nel 2023, a seguito della revisione avviata nel 2020-2021 per l'Area di rischio 13 (decesso in ambito ospedaliero), ed estesa alle altre aree di rischio, mediante la nuova metodologia di cui si tratterà nelle successive pagine del presente documento, ad esclusione dei Distretti Sanitari, dei Presidi Ospedalieri, UOC Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e Assistenza Farmaceutica Territoriale, comunque già debitamente mappate. In ogni caso si ritiene importante, come per ogni processo di miglioramento, il perseguimento degli obiettivi raggiunti affinché siano "messi a sistema" mediante appositi indicatori.

OBIETTIVI STRATEGICI TRASVERSALI - INTEGRAZIONE CON LA PERFORMANCE

Per quanto riguarda gli obiettivi strategici si fa riferimento alle azioni previste per la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", 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.

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, anche mediante il coinvolgimento proattivo dei Dirigenti delle strutture aziendali.

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 P.T.P.C.T. 2022-2024 e la relativa sottosezione del PIAO 2022-2024, con particolare sezione dedicata alla Trasparenza, e il Piano della Performance, con la relativa sottosezione del PIAO, ha consentito, nel 2022, l'individuazione dei seguenti obiettivi di prevenzione negoziati ed integrati nelle schede di budget 2022 delle UU.OO. Aziendali. Analoga integrazione e coordinamento viene previsto per l'anno 2023.

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.

Per gli specifici contenuti degli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza discendenti dall'integrazione con gli obiettivi di performance si rinvia alla specifica sezione del presente P.I.A.O., laddove sono riportati anche i risultati relativi all'anno 2022 e gli obiettivi programmati per l'anno 2023.

Tali obiettivi vengono riproposti anche per il 2023.

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 personale di supporto, 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 la presente sottosezione del PIAO individua gli obiettivi operativi generali e specifici da collegare alla sottosezione della Performance 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 2023, in stretto coordinamento ed integrazione tra le due predette sottosezioni.

Attenzione viene 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 nella presente sottosezione.

PROCESSO DI ADOZIONE DELLA SOTTOSEZIONE "RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA" : SOGGETTI INTERNI - COMPITI E RESPONSABILITÀ

Come già rappresentato nei precedenti P.T.P.C.T., si fa esplicito riferimento a quanto previsto nell'Allegato 1 al PNA 2019, nonché a quanto specificatamente indicato nel PNA 2022. In particolare il PNA 2022 chiarisce che le indicazioni riguardano specificamente elementi delle fasi della programmazione e del monitoraggio, fasi che, ad avviso di ANAC, devono essere necessariamente strettamente correlate in modo da consentire l'implementazione del processo ciclico di miglioramento della programmazione mediante il rafforzamento e potenziamento della fase di monitoraggio e l'utilizzo effettivo degli esiti del monitoraggio per la programmazione successiva delle misure di prevenzione.

Pertanto, la disciplina in materia di prevenzione della corruzione assegna al RPCT un rilevante ruolo e di coordinamento del processo di gestione del rischio, con particolare riguardo alla fase di predisposizione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", nonché al successivo monitoraggio, come indicato nello schema tipo di P.I.A.O. di cui al Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica n.132/2022.

Tale ruolo di coordinamento deve essere interpretato dagli altri attori come il motivo per responsabilizzarsi in merito allo svolgimento del processo di gestione del rischio, per cui l'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di altri attori all'interno dell'organizzazione.

Vengono così specificati i compiti dei vari attori coinvolti nella gestione del rischio all'interno della sottosezione anticorruzione e trasparenza, in modo da attivare, eventualmente, le segnalazioni all'organo di indirizzo, all'O.I.V. e all'U.P.D., secondo quanto disposto dal quarto periodo del comma 7 dell'articolo 1 della legge n.190/2012 e dal secondo periodo del comma 14 del medesimo articolo, richiamato dal citato PNA 2022.

Di seguito si riporta sia lo schema, di cui al PNA 2019, inerente tutti gli attori coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo, nonché i relativi compiti, con particolare riguardo agli aspetti essenziali a garantire una piena effettività dello stesso.



LA DIREZIONE STRATEGICA: RUOLO DEL VERTICE AMMINISTRATIVO

Il principale obiettivo individuato per la elaborazione di obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza è quello del "valore pubblico" secondo le indicazioni che sono contenute nel Decreto n.132/2022.

Pertanto, l'obiettivo della creazione di valore pubblico può essere conseguito avendo presente che la prevenzione della corruzione e la trasparenza sono dimensioni "del" e "per" la creazione del valore pubblico, in modalità trasversale rispetto alla realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente.

Le misure di prevenzione hanno un contenuto organizzativo. Con esse vengono adottati interventi che interessano l'amministrazione nel suo complesso, ovvero i singoli settori o singoli processi/procedimenti tendenti a ridurre le condizioni operative che favoriscono la corruzione nel senso ampio prima indicato.

Per tal motivo il Commissario Straordinario, quale Organo amministrativo di vertice dell'A.S.P. di Messina, dispone di rilevanti competenze nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione:

- a) nomina il Responsabile della prevenzione della corruzione (art. 1, c. 7, L. n.190/2012) e dispone, con il medesimo atto, che tutti i Dirigenti Responsabili di UU.OO.CC. assicurino allo stesso la necessaria collaborazione;
- e) definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;
- c) riceve in bozza, con il P.I.A.O., la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", predisposta dal RPCT, per una prima valutazione delle misure in esso contenute a cui partecipa lo stesso RPCT al fine di illustrarne adeguatamente i contenuti e le implicazioni attuative;

- d) adotta il P.I.A.O. contenente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e i suoi aggiornamenti;
- e) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- f) introduce modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;
- g) riceve la relazione annuale del RPCT; chiama quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza;
- h) è responsabile, unitamente al RPCT, della mancata adozione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e/o dell'assenza di elementi minimi dello stesso (A.N.AC. sull'art. 19, c. 5, lett. b) del d.l. 90/2014).

RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA: CRITERI PER LA SCELTA, INDIPENDENZA, POTERI, RESPONSABILITA'

Il RPCT dell'A.S.P. di Messina, individuato, ai sensi dell'art 1 comma 7 della Legge 190/2012 e conformemente alla Circolare della funzione pubblica n.1 del 2013, agli aggiornamenti al PNA 2015, 2016, 2017, 2018, 2019 e 2022 è il Dott. Antonio Costa (deliberazione n.4176/CS dell'11/10/2022), Dirigente Amministrativo della U.O.C. Controllo di Gestione e Sistemi Informativi e Statistici.

Il suo nominativo è stato comunicato all'ANAC utilizzando la procedura on line sul sito istituzionale dell'Autorità.

Il RPCT svolge le funzioni in condizioni di indipendenza e di garanzia e il relativo incarico, non di natura fiduciaria, ha durata non correlata a quella del contratto del Direttore Generale.

Il RPCT predispose la bozza della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. e la trasmette al vertice amministrativo (in atto Commissario Straordinario) per una prima valutazione sui contenuti e le conseguenti implicazioni attuative. Tale sottosezione, condivisa con la Direzione Generale, come indicato nel D.P.R. n.81/2022 deve essere adottato entro il 31 gennaio di ogni anno e, come specificato anche nel comunicato del Dipartimento della Funzione Pubblica del 01/07/2022, oltre ad essere pubblicato sul sito internet dell'Azienda (sezione "Amministrazione trasparente" sotto sezioni "Disposizioni Generali" - "Piano Triennale della Prevenzione Corruzione e Trasparenza" e "Altri contenuti" - "Piano Integrato di Attività e Organizzazione" tempestivamente e comunque non oltre un mese dall'adozione), deve essere inserito sul "Portale PIAO" del Dipartimento stesso. Con la Circolare n.2/2022 del Dipartimento della Funzione Pubblica sono stati forniti ulteriori chiarimenti in merito.

Per il RPCT, così come disciplinato dalla Legge n.190/2012 e come indicato in particolar modo nella Delibera ANAC n.840 del 02/10/2018, dell'Allegato 1 al PNA 2019 e, da ultimo, l'allegato 3 del PNA 2022, che richiama i principi generali su tale figura, inoltre, sono previsti ruolo e funzioni nel modo che segue:

Compiti e Funzioni

- art 1, co. 8, l. 190/2012 - il RPCT predispose - in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) - il PTPCT e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- art 1, co. 7, l. 190/2012 - il RPCT segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le "disfunzioni" (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

- art. 1, co. 9, lett. c), l. 190/2012 - il PTPCT prevede «obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- art 1, co. 10, l. 190/2012 - il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- art. 1, co. 14, l. 190/2012 - il RPCT redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPCT.
- art. 43, D.Lgs. 33/2013 - sono assegnate al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione".
- art. 5, co. 7, D.Lgs. 33/2013 - è attribuito al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni".
- art. 5, co. 10, D.Lgs. 33/2013 - nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art. 43, co. 5 del D.Lgs. 33/2013.
- art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 - il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio.

Supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

- art. 1, co. 9, lett. c), l. 190/2012 - con particolare riguardo ai contenuti del PTPC, sono previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.
- art. 16, co. 1-ter, D.Lgs. n. 165 del 2001 - i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a "fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione".
- art. 8, d.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 - i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a "rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione".

Rapporti con l'organo di indirizzo

- art. 1, co. 8, l. 190/2012 - "l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC". Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPCT nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.
- art. 1, co. 14, l. 190/2012 - è stabilito l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.
- L'art. 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.
- La medesima disposizione, al fine di garantire che il RPCT abbia poteri all'interno di tutta la struttura tali da poter svolgere con effettività i propri compiti, stabilisce che "l'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività".

Rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione

- art. 43, D.Lgs. 33/2013 - al RPCT spetta il "controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione".
- art 15, D.Lgs. 39/2013 - analogamente, il RPCT segnala i casi di possibile violazione delle disposizioni del richiamato decreto, tra gli altri anche all'Autorità nazionale anticorruzione.
- La medesima norma, al co. 3, prevede l'intervento di ANAC sui provvedimenti di revoca del RPCT qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. La richiamata disposizione si inserisce in un sistema più ampio di tutela e garanzia del RPCT messo in atto dal legislatore che prevede l'intervento di ANAC su misure discriminatorie anche diverse dalla revoca, perpetuate nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni (art. 1, co. 7, l. 190/2012). L'Autorità ha ritenuto opportuno disciplinare il proprio intervento sia con riferimento alla revoca, sia con riferimento alle altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT con "Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione" adottato dal Consiglio dell'Autorità in data 18 luglio 2018.
- art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 - il RPCT comunica ad ANAC i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento.
- art. 45, co. 2, D.Lgs. 33/2013 - ANAC controlla l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni.

Le garanzie della posizione di indipendenza del RPCT

- Stante il difficile compito assegnato al RPCT, il legislatore ha elaborato un sistema di garanzia a tutela di tale soggetto (cui si è accennato sopra), al fine di evitare ritorsioni nei confronti dello stesso per l'esercizio delle sue funzioni (art. 1, co. 7 e co. 82, l. n. 190/2012, art. 15, co. 3, D.Lgs. 39/2013).

In tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi

- Ai sensi dall'art. 15, D.Lgs. n. 39/2013 al RPCT è affidato il compito di vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio e di segnalare le violazioni ad ANAC. A tale proposito è utile ricordare che l'Autorità con le "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione", adottate con Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016, ha precisato che spetta al RPCT "avviare il procedimento sanzionatorio, ai fini dell'accertamento delle responsabilità soggettive e dell'applicazione della misura interdittiva prevista dall'art. 18 (per le sole inconferibilità). Il procedimento avviato dal RPCT è un distinto e autonomo procedimento, che si svolge nel rispetto del contraddittorio e che è volto ad accertare la sussistenza dell'elemento psicologico del dolo o della colpa, anche lieve, in capo all'organo conferente. All'esito del suo accertamento il RPCT irroga, se del caso, la sanzione inibitoria di cui all'art. 18 del D.Lgs. n. 39/2013. Per effetto di tale sanzione, l'organo che ha conferito l'incarico non potrà, per i successivi tre mesi, procedere al conferimento di incarichi di propria competenza."

In tema di responsabilità del RPCT

- A fronte dei compiti attribuiti, la l. 190/2012 prevede (artt. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT.
In particolare, l'art. 12 stabilisce che "In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il RPCT risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano". L'art. 14 stabilisce altresì che "In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile [...] risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, [...] nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano. La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare".

Il citato allegato 3 del PNA 2022, cui si rinvia per i dettagli, richiama, in particolare, le responsabilità del RPCT, nonché i rapporti con altri organi dell'amministrazione, e nello specifico:

- I rapporti del RPCT con altri organi dell'amministrazione
- Rapporti con gli organi di indirizzo
- Rapporti con i dirigenti
- Rapporti con i dipendenti
- Rapporti con organi di controllo interno 1.10.5 Rapporti con i Responsabili delle altre sezioni in cui si articola il PIAO
- Rapporti con il Responsabile della protezione dei dati (RPD)

- Rapporti con il Responsabile unico del procedimento (RUP)
- Rapporti con il RASA
- Rapporti con il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette
- Rapporti con gli stakeholder
- Rapporti con ANAC
- Rapporti tra RPCT e Strutture/Unità di missione per il PNRR.

Come più volte chiarito dall'ANAC, non spetta al RPCT l'accertamento di responsabilità (e quindi la fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione), qualunque natura esse abbiano.

Al riguardo, il RPCT è tenuto a fare riferimento agli organi preposti appositamente sia all'interno dell'amministrazione che all'esterno, valorizzando così un modello di poteri del RPCT strettamente connessi, e non sovrapponibili, con quello di altri soggetti che hanno specifici poteri e responsabilità sul buon andamento dell'attività amministrativa nonché sull'accertamento di responsabilità. Ciò è garantito dal rapporto di collaborazione stabile tra il RPCT e organi di controllo dell'Azienda nel rispetto delle rispettive competenze.

Il RPCT non può svolgere controlli di legittimità o di merito su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione, né esprimersi sulla regolarità tecnica o contabile di tali atti, a pena di sconfinare nella competenza dei soggetti a ciò preposti all'interno dell'Azienda ovvero della magistratura.

L'integrazione funzionale dei poteri del RPCT, in particolare con quelli di uffici/organi interni di controllo dell'Azienda garantirà la collaborazione costante e costruttiva di questi ultimi con il RPCT anche mediante l'informazione sugli esiti delle attività svolte.

Con provvedimento n.59159 del 25/06/2018, e successiva modifica prot. n.99624 dell'11/09/2019, è stato costituito, presso il RPCT, un gruppo di lavoro dedicato alle "segnalazioni" (con particolare riferimento a quelle del c.d. whistleblower) e ciò al fine di consentire la ottimale gestione delle stesse mediante un iter procedurale definito e comunicato all'esterno con termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria, nell'ambito della competenza delineata da ANAC con la Delibera n.840 del 02/10/2018.

Riguardo alle cause ostative allo svolgimento e al mantenimento dell'incarico di RPCT, tra esse vi sono le condanne in primo grado di cui al decreto legislativo 31 dicembre 2012, n.235, art. 7, co. 1, lett. da a) ad f), nonché quelle per i reati contro la pubblica amministrazione e, in particolare, quelli richiamati dal D.Lgs. n.39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «*Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione*».

Per quanto precede, il RPCT deve dare tempestiva comunicazione all'Azienda di aver subito eventuali condanne di primo grado, almeno tra quelle relative alle disposizioni sopra richiamate.

L'Azienda, ove venga a conoscenza di tali condanne da parte del RPCT interessato o anche da terzi, è tenuta alla revoca dell'incarico. I provvedimenti di revoca devono essere tempestivamente comunicati all'ANAC secondo quanto previsto dalla normativa vigente e chiarito nell'Aggiornamento al PNA 2018, nonché come disciplinato nel recente Regolamento approvato con delibera ANAC n.657 del 18 luglio 2018 ["Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione "].

I rapporti fra ANAC e il RPCT sono richiamati anche nell'Aggiornamento al PNA 2018. Con "Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione" del 29 marzo 2017 (Delibera n. 330 del 29 marzo 2017) l'ANAC ha chiarito le modalità di interlocuzione con il RPCT. ANAC interagisce con il RPCT nello svolgimento della propria attività di vigilanza per verificare sia l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione di cui alla l. 190/2012, sia il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. 33/2013.

Con riferimento a quanto previsto negli Orientamenti ANAC del 02/02/2022, nel caso di una temporanea ed improvvisa assenza del RPCT, questa A.S.P. stabilisce che procederà alla nomina di un sostituto da individuare tra il personale anche non dirigenziale. In caso di necessità si procederà alla nomina di un nuovo RPCT.

Riguardo alle previsioni del PNA 2022, si rappresenta che già dal 2022 sono stati attivati rapporti con le strutture aziendali interessate dalle missioni del PNRR, come riportato nella relativa sezione del presente P.I.A.O., con la U.O.C. Provveditorato, la U.O.C. Tecnico e la U.O.C. Patrimonio.

IL SUPPORTO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il supporto al RPCT è stato richiamato anche nel citato Allegato 3 del PNA 2022, dove viene ribadito che, al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41 del D.Lgs. n.97/2016, l'organo di indirizzo dispone «le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei».

L'ASP di Messina per assicurare adeguato supporto al RPCT ha istituito apposito Ufficio con l'assegnazione di personale amministrativo dedicato. Durante l'anno 2020, in seguito a disposizioni della Direzione Strategica, il personale dell'Ufficio è stato ridotto ad una unità, peraltro condivisa con la UOC Coordinamento Staff della Direzione Generale e altri Uffici; inoltre, è proseguita la stabile collaborazione di un Sociologo, Dirigente a tempo indeterminato dell'Azienda. In atto il RPCT non dispone di supporto amministrativo dedicato.

Per l'applicazione all'intera articolazione aziendale delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione è stato costituito (delibera n.143/DG del 21/01/2016, 122/DG del 17/01/2017, delibera n.3054/C del 27/10/2017, delibera n.1590/CS del 07/04/2022) un "gruppo di lavoro multidisciplinare" con attribuzione, allo stesso, di ruolo di supporto tecnico-operativo-programmatico e conoscitivo al RPCT per l'applicazione e l'aggiornamento del PTPCT (ora sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza") per l'individuazione aree di rischio, mappatura processi aziendali, assegnazione coefficienti di rischio, individuazione misure obbligatorie ed ulteriori di prevenzione. Per assolvere adeguatamente alle sue funzioni, il gruppo è composto da operatori afferenti alle aree di rischio, individuati tra coloro già a suo tempo designati per la Trasparenza e/o per la Prevenzione della Corruzione, ovvero in possesso di competenze metodologiche utili a sostenere l'implementazione delle azioni previste dalla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O..

Con la stessa delibera n.143/DG del 2016, nell'ambito della necessaria integrazione del PTPCT e del Piano della Performance, ai fini del perseguimento dell'obiettivo "*valore pubblico*", è stata prevista l'istituzione di un Ufficio, all'interno della UO Controllo di Gestione, dedicato esclusivamente all'area Rischio corruzione.

L'Ufficio è posto al servizio dell'operato del RPCT con compiti di monitoraggio e vigilanza sull'applicazione del Piano e delle misure preventive, per la predisposizione di un adeguato sistema di reportistica, atto a garantire la regolarità dei flussi informativi e la messa a punto di interventi correttivi.

Altri soggetti sono coinvolti nell'attività di prevenzione della corruzione con specifiche competenze:

- 1) La Commissione, istituita con delibere nn.76/DG del 14/01/2016, n.176/DG del 22/01/2016, n.3803/CS del 26/10/2021 e n.3961/CS del 04/11/2022, estende la propria attività anche all'ambito di applicazione della Legge n.190/2012, del D.Lgs. n.39/2013 e del DPR n.62/2013, a cui è demandato il compito di integrare le relative competenze nel regolamento di funzionamento e ambiti di applicazione;

- 2) In ottemperanza al Decreto del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione", con Deliberazione n.1713/CS del 13/14/2022 si è provveduto alla nomina del "gestore" il dott. Daniele Spignolo, Dirigente Amministrativo in servizio presso l'UOC Provveditorato, delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni alla UIF (Unità di informazione finanziaria istituita presso la Banca d'Italia) con le modalità di cui all'art.7 del D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, in sostituzione del precedente "gestore" (in aspettativa dal aprile 2021). Il Gestore ha la facoltà di individuare più di un soggetto delegato alla tenuta dei rapporti con la UIF, previa adozione di adeguati meccanismi di coordinamento tra i delegati e tra quest'ultimi ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, e di predisporre ed adottare le procedure interne di cui all'art. 6 del DM del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015 nonché quelle volte a garantire "gli obblighi di adeguata verifica del titolare effettivo della società o dell'ente" di cui al comma 2 dell'art. 35 del DL 90/2014 (convertito con modificazioni dalla Legge 11/08/2014, n.114), prevedendo adeguati meccanismi di coordinamento tra gli eventuali ulteriori delegati ed il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. È svolto costante monitoraggio sulla concreta applicazione delle procedure interne e l'eventuale aggiornamento delle stesse, su proposta congiunta del RPCT e del soggetto "gestore". Verrà garantita, sentito il soggetto "gestore", adeguata proposta formativa in materia di antiriciclaggio;
- 3) Come rappresentato nel PTPCT 2019-2021, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) il dott. Salvatore Munafò, Dirigente Amministrativo, Direttore del Dipartimento Governo Servizi Amministrativi dell'Azienda, ai sensi dell'art. 33 -ter, comma 1, del decreto-legge 18/10/2012 n.179 (recante "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"), convertito, con modificazioni, dalla legge 17.12.2012, n. 221, con delibera n. 83/DG del 12.1.2017 è stato nominato "Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)". Con deliberazione n.1712/DG 09/07/2019, tenuto conto il dott. Munafò, a far data dall'01/07/2019, ha avuto incarico presso altra pubblica amministrazione, si è provveduto all'individuazione di altro soggetto idoneo a ricoprire tale incarico, individuando la dott.ssa Tiziana Ciuci. Con deliberazione n.1638/CS dell'08/04/2022, atteso che la dott.ssa Ciuci a far data dal 01/04/2022 è stata posta in aspettativa per incarico presso altra amministrazione, è stata nominato RASA la dott.ssa Irma Azzareli. Con successiva deliberazione n.2191/CS del 19/05/2022, preso atto dell'aspettativa per incarico presso altra amministrazione delle Dott.ssa Azzarelli, il Commissario Straordinario ha nominato RASA il Dott. Daniele Spignolo. Preso atto della L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. La stessa provvederà infatti alla verifica e/o alla compilazione e all'aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante da inviare all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), istituita, presso l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP, oggi ANAC). Tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni

appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (D.Lgs. n.50/2016);

- 4) Dopo un periodo di vacatio dovuto a disposizioni assessoriali, una volta ripristinato tale organo in senso all'ASP nel corso del 2021, di particolare rilievo risulta l'attività di confronto e collaborazione del RPCT con il Collegio Sindacale Aziendale che ha determinato, nel corso degli anni, l'analisi ed approfondimento di processi già mappati (l'affidamento degli incarichi ai legali interni/esterni) e di ulteriori, (gestione della Cassa Economale/Autoparco, etc.), con la conseguente introduzione di nuove specifiche misure introdotte nel presente PTPCT. La collaborazione, sulla scorta dell'esperienza maturata negli anni precedenti, verrà implementata nel corso del 2022;
- 5) In conformità a quanto indicato nel PNA 2019, nonché nel PNA 2022, nel 2023 verrà ulteriormente implementata l'interazione dei rapporti tra il RPCT e il RPD (Responsabile Protezione Dati) o DPO (Data Protection Officer), nuova figura introdotta dalla normativa europea (Regolamento UE 679/2016 - GDPR), attuata con il D.Lgs. n.101/2018, che ha modificato il D.Lgs. n.196/2003.

I DIRIGENTI E I RESPONSABILI DELLE UNITA' ORGANIZZATIVE

Come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019 e ribadito nell'Allegato 3 del PNA 2022, in considerazione dell'elevato numero di strutture presenti nell'organizzazione dell'A.S.P. di Messina, onde poter assicurare una puntuale ed esatta osservazione della Legge n.190/2012, in adesione al principio della "responsabilità diffusa", i Direttori delle UU.OO.CC., in area a rischio corruzione, sono individuati Responsabili, nell'ambito della U.O. di competenza, dell'attuazione del presente PTPCT.

In particolare, concorrono a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- collaborare con il RPCT e il Direttore Generale, che adotta il PTPCT, ora la corrispondente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO, per definire misure concrete e sostenibili da un punto di vista organizzativo entro tempi chiaramente definiti;
- individuare e programmare le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere, da parte di ciascuno degli uffici coinvolti, anche ai fini della responsabilità dirigenziale;
- partecipare a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione della sottosezione PIAO, promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti;
- prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del primo punto, obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza della sottosezione PIAO;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

- acquisire, con cadenza annuale, le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi del personale sottoposto utilizzando il modello all'uso predisposto dal RPCT;
- individuare eventuali specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

I Direttori delle UU.OO.CC., concorrono, altresì, con il RPCT:

- alla verifica dell'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- alla verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto operante nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

I Direttori delle UU.OO.CC., inoltre:

- osservano le misure contenute nella sottosezione PIAO;
- concorrono con il RPCT a curare la diffusione della conoscenza del Codice di Comportamento di cui al D.P.R.n.62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale, aggiornato con delibera n.5303/CE del 28/12/2022, ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, in raccordo con l'UPD;
- assicurano una maggiore attenzione alla responsabilità disciplinare dei dipendenti e dell'uso dei relativi poteri ai fini del più rigoroso rispetto dei doveri del Codice di Comportamento;
- garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito dell'Azienda sezione "Amministrazione Trasparente", nel rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- assicurano la regolare attuazione dell'"accesso civico generalizzato" in conformità al D.Lgs. n.33/2013 e con le modalità indicate dall'Azienda.

I Direttori delle UU.OO.CC. inviano all'indirizzo mail prevenzione-corruzione.trasparenza@asp.messina.it:

- una relazione semestrale, datata e firmata, del monitoraggio effettuato sull'attuazione e sull'efficacia delle misure;
- segnalazioni tempestive di eventuali difformità nell'attuazione delle misure di prevenzione;
- segnalazioni tempestive di fatti rilevanti in tema di corruzione.

In caso di ripetute violazioni della sottosezione del PIAO, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano, i Direttori delle UU.OO.CC. rispondono sul piano disciplinare della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Tutti i dirigenti dell'A.S.P. di Messina:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e dei Direttori delle UU.OO.CC., Responsabili della prevenzione della corruzione nel loro ambito operativo;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono eventuali misure di prevenzione della corruzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento da parte dei dipendenti e verificano le ipotesi di violazione;

- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale, ciascuno per la propria competenza;
- osservano le misure contenute nella presente sottosezione del PIAO.

Inoltre, come ribadito nell'Allegato 1 del PNA 2019 e nel PNA 2022, i Dirigenti e i responsabili delle unità organizzative devono:

- valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curare lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovere la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nella sottosezione anticorruzione del PIAO e operare in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale (ad esempio, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati nel PNA 2019 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma), nonché nel PNA 2022;
- tener conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Ulteriori soluzioni organizzative e procedurali fondate sulla responsabilizzazione degli uffici alla partecipazione attiva, sotto il coordinamento del RPCT, consentiranno una maggiore partecipazione dei responsabili degli uffici a tutte le fasi di predisposizione e di attuazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. promuovendo, così, la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti, creando un modello a rete in cui il RPCT esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui effettività dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano dell'adozione e dell'attuazione delle misure di prevenzione.

GLI ORGANISMI INDIPENDENTI DI VALUTAZIONE (O.I.V.) E LE STRUTTURE CON FUNZIONI ANALOGHE

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) svolge un ruolo di rilievo nelle politiche di prevenzione della corruzione dell'Azienda in quanto deputato alla verifica della coerenza tra gli obiettivi di performance organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

L'O.I.V. infatti:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad esso attribuiti;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;

- verifica che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.
- riceve la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'amministrazione (art. 41, co. 1, lett. l), D.Lgs. 97/2016).
- verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che al Direttore Generale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012.
- chiede al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza ed effettua audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012; art. 41, co. 1 lett. h), D.Lgs. 97/2016).
- coadiuva il RPCT nell'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- riceve la segnalazione del RPCT di casi di mancato o ritardato adempimento;
- attesta l'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D.Lgs. 150/2009;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di Comportamento adottato dall'Azienda;
- riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPC (art. 1, co. 7, l. 190/2012);
- garantisce all'ANAC, su esplicita richiesta di quest'ultima, tutte le informazioni in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012),

Inoltre, l'OIV, ai sensi dell'art. 44 del D.Lgs. 33/2013, verifica la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce pertanto obiettivo strategico dell'Ente (art. 10 D.Lgs. n.33/13), che garantisce la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della Performance.

Di particolare rilievo risulta anche l'attività di attestazione degli OIV dei dati pubblicati.

L'ANAC, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione.

Al fine di favorire lo svolgimento efficace delle attività degli OIV, le attestazioni dovranno essere predisposte entro il 30 aprile di ogni anno, scadenza utile anche per la presentazione da parte degli OIV di documenti sulla performance. Saranno oggetto di attestazione sia la pubblicazione del PTPCT (ora sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"), sia l'esistenza di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" (Delibera ANAC n.1208/2017 "Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione").

In particolare, nel corso del 2022 è stato effettuato da parte dell'OIV, come previsto dalla Delibera ANAC n.201 del 13/04/2022, recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31 maggio 2022 e attività di vigilanza dell'Autorità", in merito all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione prevista dall'art. 14, co. 4, lett. g), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, riguardante un campione di obblighi di pubblicazioni previsti per le pubbliche amministrazioni all'Allegato 2.1. della predetta deliberazione ANAC ed inerenti questa ASP, di seguito indicati:

- 1) Consulenti e collaboratori (art. 15)
- 2) Enti controllati (art. 22)
- 3) Pagamenti dell'amministrazione (artt. 4-bis, 33, 41, co. 1-bis per amministrazioni e enti del servizio sanitario)

4) Pianificazione e governo del territorio (art. 39) (non pertinente per l'A.S.P. di Messina)

5) Interventi straordinari e di emergenza (art. 42) con esclusivo riferimento alla pubblicazione del Rendiconto della raccolta fondi a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da Covid-19, ove ricevuti (art. 99, co. 5, d.l. 18/2020)

6) Altri contenuti – Prevenzione della corruzione (art. 10 d.lgs. 33/2013, art. 18, co. 5, d.lgs. 39/2013, l. 190/2012). 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.

Riguardo a tali obblighi, l'OIV era tenuto ad attestare la pubblicazione al 31 maggio 2022; tale attestazione, completa della griglia di rilevazione e della scheda di sintesi, è stata pubblicata nella sezione "Amministrazione trasparente" (termine 30 giugno 2022) in data 01/07/2022, in quanto il file è stato inoltrato per la pubblicazione all'Ufficio del RPCT in tale data; la sola griglia di rilevazione, come previsto, è stata trasmessa all'ANAC all'indirizzo di posta elettronica: attestazioni.oiv@anticorruzione.it.

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.

Come previsto da successivo comunicato ANAC, nel caso di carenze di pubblicazione, al 31/05/2022, dove è stata rilevata nella colonna "completezza di contenuto" un valore inferiore a 3, si è dovuto procedere alla integrazione/perfezionamento delle pubblicazioni interessate, con rilevazione al 31 ottobre 2022 ed ulteriore invio, entro il 10/11/2022, e pubblicazione della griglia nella relativa sottosezione di "Amministrazione trasparente".

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.

Come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019, e ribadito nel PNA 2022, gli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV) e le strutture con funzioni analoghe, devono:

- offrire, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornire, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

Il RPCT può avvalersi delle strutture di vigilanza ed audit interno, in atto presenti, per:

- attuare il sistema di monitoraggio del PTPCT, richiedendo all'organo di indirizzo politico il supporto di queste strutture per realizzare le attività di verifica (audit) sull'attuazione e l'idoneità delle misure di trattamento del rischio;
- svolgere l'esame periodico della funzionalità del processo di gestione del rischio.

Si ritiene opportuno, a tal fine, che i dipendenti partecipino attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT.

Pertanto, tutti i soggetti che dispongono di dati utili e rilevanti (es. Servizio Legale, Controllo di Gestione, Ufficio Attività Ispettive, etc...) hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio.

A tal fine, in quanto organizzazione particolarmente complessa come suggerito dall'ANAC, è importante il contributo della rete di referenti per la gestione del rischio corruttivo in presenti in seno al Gruppo Multidisciplinare di supporto al RPCT, per le loro funzioni di interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative e nelle articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo.

In tale contesto, la figura del referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il dirigente preposto all'unità organizzativa in merito al ruolo e alle sue responsabilità nell'ambito del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari dell'A.S.P. di Messina, costituito con delibera n.1548/DG del 29/06/2016 e modificato con deliberazione n.554/CS del 07/05/2019 e con Delibera n.1655/DG del 18/06/2020, e da ultimo con deliberazione n.4368/CS del 21/10/2022, espleta la sua attività per il personale dipendente delle aree della dirigenza medica e veterinaria, della dirigenza SPTA, del comparto e per gli specialisti ambulatoriali interni veterinari - ed altre professionalità sanitarie ambulatoriali (biologi - chimici - psicologi):

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- propone l'aggiornamento dei Codici Disciplinari aziendali;
- propone, in collaborazione con il RPCT, la redazione dell'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale.

Nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali:

- trasmette al RPCT i provvedimenti di avvio e definizione dei procedimenti disciplinari attivati;
- fornisce al RPCT un report quadrimestrale sui procedimenti disciplinari attivati e/o conclusi con l'indicazione delle norme comportamentali violate;
- fornisce al RPCT le ulteriori informazioni dallo stesso richieste per lo svolgimento della propria funzione.

L'aggiornamento al Regolamento Disciplinare dell'A.S.P. di Messina, redatto in conformità alla normativa vigente (Decreti legislativi n.116/2016, n.75/2017, n.118/2017 e CCNL 21/05/2018 Area Comparto Sanità), in precedenza elaborato dall'UPD nel 2017, è stato adottato (delibera n.546/CS del 07/03/2019, che si integra con il Codice di Comportamento adottato con n.2304/DG del 03/08/2017, nonché col successivo aggiornamento allo stesso con deliberazione n.5303/CS del 28/12/2022

DIPENDENTI - PERSONALE CONVENZIONATO E COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO

Il coinvolgimento dei dipendenti è assicurato con la partecipazione al processo di gestione del rischio e con l'obbligo di osservare le misure contenute nel PTPCT (art. 1, co. 14, della L. 190/2012).

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio è decisivo per la qualità della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e delle relative misure, così come un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di Comportamento dell'amministrazione.

Tutti i dipendenti dell'Azienda, pertanto:

- a) partecipano attivamente al processo di autoanalisi organizzativa, di mappatura dei processi e di definizione delle misure di prevenzione;
- b) osservano le misure contenute nella presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e nel Codice di Comportamento;
- e) segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente o all'U.P.D., e al RPCT, anche mediante l'utilizzo delle procedure di tutela previste dal "whistleblowing";
- f) segnalano casi di personale conflitto di interessi al proprio Dirigente.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" devono essere rispettate da tutti i dipendenti, dirigenti e personale del comparto.

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano (art. 1, comma 14, L. n. 190/2012) ed il mancato rispetto del Codice di Comportamento costituiscono illecito disciplinare.

I Dipendenti che operano nelle aree a rischio sono destinatari di programmi di formazione specifici in tema di anticorruzione, inseriti nel Piano di formazione aziendale.

Il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda, quali, ad esempio, gli specialisti ambulatoriali interni, i fornitori e gli erogatori di servizi, osservano le misure contenute nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO e nel Codice di Comportamento e segnalano le situazioni di illecito.

RAPPORTI TRA RPCT E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (RPD)

A seguito di nuovo avviso pubblico per il conferimento di incarico libero professionale annuale di Data Protection Officer (DPO – RPD), con delibera 3083/CS del 07/09/2021, è stato nominato DPO/RPD, ai sensi dell'art.7 co.6 del D.Lgs. 165/2001, l'Avv. Sandro Di Minco.

Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il RPD costituisce una figura di riferimento per il RPCT, anche se non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Le istanze di riesame sull'accesso civico generalizzato, per quanto possano riguardare profili attinenti alla protezione dei dati personali, sono decise dal RPCT, con richiesta di parere al Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 5, co. 7, del D.Lgs. 33/2013.

In questi casi il RPCT si avvale del supporto del RPD nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici limitatamente a profili di carattere generale, ciò anche se il RPD sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame.

Importante anche il contributo fornito, sin dal 2018, dal RPD nella formazione specifica organizzata e tenuta in materia di protezione dei dati personali dallo stesso e rivolta ai componenti dell'Ufficio del DPO (di cui alla deliberazione n.248/DG del 21/01/2020) e ai "Facilitatori" (di cui alla deliberazione n.2089/DG del 31/07/2020 e alla successiva deliberazione di integrazione n.3784/CS del 25/10/2021 a seguito di formale richiesta dello stesso DPO di ampliamento del numero degli stessi ai fini del maggior coinvolgimento delle strutture aziendali), in materia di trattamento dei dati personali e di novità in materia di privacy introdotte dal GDPR (Regolamento UE 679/2016), e conseguente adeguamento del D.Lgs. n.196/2003, con gli adeguamenti di cui al D.Lgs. n.101/2018, unitamente ai contributi di altre strutture aziendali per le materie di specifica competenza (UPD, Servizio Legale).

Ai fini dell'ottimizzazione delle attività del DPO si fa rilevare che è stato costituito l'Ufficio per la Protezione dei Dati Personali, in attuazione alle previsioni dell'Atto Aziendale (deliberazione n.558/DG del 02/03/2020), con assegnazione di due unità personale dedicato. Inoltre, con deliberazione n.2089/DG del 31/07/2020, si è proceduto alla nomina dei Facilitatori dell'Ufficio

per la Protezione dei Dati Personali, come previsto nella predetta deliberazione n.248/DG ed in ossequio alle Linee di indirizzo dell'Assessorato della Salute della Regione Siciliana. Data la complessità e l'estensione territoriale dell'A.S.P. di Messina, è stato previsto, altresì, il supporto di 15 Facilitatori (8 per i Distretti Sanitari e 7 per i Presidi Ospedalieri), al fine di coadiuvare il DPO nell'esercizio delle sue funzioni, con compiti di divulgazione e audit sulle conformità alle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati.

Nel corso del 2021 l'A.S.P. di Messina ha effettuato una selezione pubblica per la scelta del nuovo DPO individuato nella persona dell'Avv. Sandro Di Minco, esperto in materia e docente universitario, che ha iniziato ad operare dal 13 settembre.

Con deliberazione n.3784/CS del 25/10/2021 del Commissario Straordinario è stato potenziato il gruppo di lavoro dei «Facilitatori» dell'Ufficio protezione dati allo scopo di coadiuvare il DPO nell'esercizio delle proprie funzioni, con compiti di raccordo, divulgazione e audit sulla conformità alle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati, ricomprendendo gran parte delle macrostrutture aziendali interessate dalla normativa in materia di protezione dei dati personali. L'ASP di Messina ha inteso, pertanto, dare un nuovo impulso al settore.

In tale ambito specifico sono stati approfonditi i seguenti argomenti:

- trattamento dei dati personali effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza con riferimento alle rispettive normative in materia:
 - D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.;
 - GDPR e nuovo Codice della Privacy D.Lgs. 196/2003, modificato dal D.Lgs 10/08/2018 n° 101.

In particolare:

- trasparenza amministrativa e protezione dei dati;
- Livello minimo qualitativo (dovere delle PP.AA. di rendere i dati comprensibili, conoscibili);
- Principi di pertinenza e non eccedenza;
- Pubblicità dell'attività amministrativa (Albo Pretorio on line);
- Base giuridica per il trattamento dei dati;
- Amministrazione trasparente (Allegato A - D.Lgs. 33/13, artt.14-15, come modificato dal D.Lgs. 97/16);
- Sistemi di conoscibilità dell'azione amministrativa: accesso documentale (L.241/90), accesso civico semplice (art.5, c.1 D.Lgs. 33/13), accesso civico generalizzato (art. 5, c.2 D.Lgs. 33/13);
- Punti di contatto Trasparenza – Privacy.

MAPPATURA DEI PROCESSI - METODOLOGIA

Ai fini della predisposizione della presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O., ripercorrendo la metodologia implementata negli anni precedenti, con particolare riferimento a quella del 2020, secondo le indicazioni della metodologia di cui all'Allegato 1 del PNA 2019, con specifica integrazione di metodologia predisposta dall'Ufficio del RPCT, a seguito delle risultanze dell'attività di monitoraggio delle schede delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza del precedente PTPCT, si è rilevata, anche a seguito di apposita richiesta (nota prot. 151704 del 15/11/2022), la necessità di dover procedere alla revisione e/o aggiornamento della mappatura dei processi a rischio di corruzione delle schede di alcune strutture aziendali interessate.

Si richiama, pertanto il processo di gestione del rischio di corruzione, realizzato nel corso degli ultimi anni ed effettuato mediante le modalità previste nel PNA 2019 secondo l'articolazione delle fasi della nuova mappatura, come di seguito indicato: Identificazione, Descrizione, Rappresentazione.

La tardiva adozione di tali indicazioni ANAC nel 2019 ha comportato inevitabilmente il rinvio al 2020 successivo della parte più corposa dell'aggiornamento del P.T.P.C.T. in termini di revisione delle schede inerenti le misure di prevenzione della corruzione secondo le predette nuove indicazioni, limitando, per ovvii motivi di tempo, la revisione avviata nel 2019 alla sola Area di rischio 13 - "Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero". Nel corso del 2020, pertanto, si è proceduto, mediante il necessario coinvolgimento e partecipazione attiva dei responsabili delle UU.OO. interessate, alla richiesta di eventuale revisione della mappatura dei processi delle restanti aree indicate nelle schede di misure di prevenzione di cui all'allegato 1 del P.T.P.C.T. 2021-2023, se ritenuta necessaria anche a seguito di sopravvenuti dettami normativi e/o per fatti che hanno coinvolto le attività di specifici settori di attività.

Nel 2022, nel quarto trimestre, corrispondente al periodo di conferimento dell'incarico del Dott. Antonio Costa, si è proceduto alla richiesta a tutte le strutture aziendali interessate dal Piano per la eventuale revisione delle schede delle misure di prevenzione della corruzione, con nota prot. 151704 del 15/11/2022, mediante la procedura prevista consistente nell'audit della struttura aziendale oggetto di revisione delle schede di misure di prevenzione, ritenendo fondamentale per la corretta e pedissequa applicazione della nuova metodologia, la condivisione da parte di tutti gli attori coinvolti.

Laddove necessario, le bozze delle nuove schede delle misure di prevenzione della corruzione inerenti le aree di rischio sono state condivise con alcune strutture aziendali, per la relativa compilazione e/o aggiornamento (tali revisioni hanno determinato la revisione anche dell'elenco dei processi e del registro processi / rischi), tenuto conto anche della metodologia di ponderazione del rischio implementata del 2021 [(Indicatori di Probabilità - Stima del livello del rischio / Indicatori di impatto), tabella dei fattori abilitanti del rischio corruttivo, all'uopo elaborate dall'Ufficio del RPCT]. In tale contesto, oltre a consentire i necessari interventi correttivi inerenti l'attività di verifica/monitoraggio, è stata richiamata l'importanza di tali adempimenti, peraltro declinati quali obiettivi in sede di negoziazione di budget. Quanto precede, come già precisato, al fine verificare l'opportunità di integrare/modificare i processi interessati, anche solo allo scopo di aggiornare riferimenti normativi o le indicazioni di nuovi responsabili delle strutture aziendali mappate.

La suddetta richiesta è stata riscontrata da alcune strutture aziendali che hanno ritenuto opportuno apportare modifiche alle schede di loro pertinenza, come di seguito indicate, mentre altre strutture aziendali non hanno ritenuto necessario procedere ad una revisione dei processi di loro pertinenza:

- U.O.C. Ospedalità Privata;
- U.O.C. Servizio di Psicologia, considerato l'affidamento dell'incarico di U.O.C., per la parte riguardante la scheda afferente la U.O.C. Coordinamento Attività Consultoriali e Servizi di Psicologia;
- U.O.C. Accreditamento;
- U.O.C. Gestione Personale Dipendente.

A seguito della Consultazione pubblica avviata da questa A.S.P., dal 27/12/2022 al 10/01/2023, non sono pervenute proposte ed osservazioni pervenute da degli stakeholder.

Si rammenta che per alcune delle strutture sopra indicate, già nel 2020, era stato anche chiesto di prendere in considerazione i processi derogatori scaturenti dall'entrata in vigore della legge 11 settembre 2020, n.120, che ha convertito in legge con modificazioni il decreto legge 16 luglio 2020, n.76, c.d. "decreto semplificazioni", recante, tra l'altro, numerosi correttivi, sia di carattere transitorio che definitivo, inerenti sia al Codice dei Contratti di cui al d.lgs. n.50/2016, relativi agli interventi di «semplificazione» delle procedure di affidamento, per la eventuale modifica/integrazione delle relative schede (U.O.C. Provveditorato, U.O.C. Tecnico), sia i processi inerenti le procedure di reclutamento (U.O.C. Gestione Personale Dipendente) che, stante l'emergenza epidemiologica Covid-19, hanno determinato, nel corso del 2020, procedure straordinarie di reclutamento di personale, in deroga a quelle ordinarie, ricorrendo

anche ad altre tipologie di contratto di lavoro (incarichi a tempo determinato, incarichi libero-professionali, eventuali deroghe ai requisiti ordinari,...).

In materia di appalti pubblici ai tempi del Covid-19 è opportuno evidenziare le novità normative introdotte nella legislazione italiana, scaturenti dalle indicazioni contenute nella Comunicazione della Commissione UE del 01/04/2020, consistenti in semplificazioni e riduzioni dei termini, considerati i vincoli tecnici e temporali dell'urgenza, tra cui in particolare:

- la L. 24 aprile 2020, n.27 che ha abrogato i decreti-legge 2 marzo 2020, n. 9, 8 marzo 2020, n.11, e 9 marzo 2020, n.14, rimanendo validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi decreti-legge 2 marzo 2020, n.9, 8 marzo 2020, n.11, e 9 marzo 2020, n.14;
- il Decreto "Cura Italia" D.L. 18/2020, convertito in Legge n.27/2020, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", inerente, tra l'altro, disposizioni finalizzate a facilitare l'acquisizione di dispositivi di protezione e medicali (art.5-bis), di dispositivi di assistenza ventilatoria (art. 5-quinquies), nonché acquisti per lo sviluppo di sistemi informativi per la diffusione del lavoro agile e di servizi in rete per l'accesso di cittadini e imprese (art.75), la sospensione dei termini nei procedimenti amministrativi ed effetti degli atti amministrativi in scadenza (art.103);
- il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, convertito in Legge 17 luglio 2020, n.77,

A tale normativa si sono poi aggiunte anche indicazioni dell'ANAC, sempre in tema di emergenza epidemiologica da Covid-19, tra cui la Delibera 9 aprile 2020 n. 312, avente ad oggetto "Prime indicazioni in merito all'incidenza delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 sullo svolgimento delle procedure di evidenza pubblica di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i. e sull'esecuzione delle relative prestazioni".

Ulteriori adempimenti sono stati impartiti dall'ANAC in merito alle pubblicazioni dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno e contratto dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, previa apposita creazione di sottosezione "Interventi straordinari e di emergenza" da implementare nella sezione "Amministrazione trasparente":

- Comunicato del Presidente ANAC del 9 aprile 2020 "Indicazioni in merito all'attuazione delle misure di trasparenza di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190, e al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella fase dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e all'attività di vigilanza e consultiva dell'ANAC";
 - Comunicato del Presidente ANAC del 29/07/2020, "Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Modello di rendiconto delle donazioni ricevute ai sensi dell'art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", convertito con legge 24 aprile 2020, n. 27";
 - Comunicato Presidente ANAC 7 ottobre 2020 Integrazioni al Comunicato del Presidente dell'Autorità "Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19" del 29.07.2020".
- Per tali pubblicazioni è stato utilizzato un format di rendicontazione delle donazioni appositamente fornito dall'ANAC, elaborato unitamente al Ministero dell'Economia e Finanza, debitamente compilato e pubblicato nella relativa sottosezione appositamente implementata inerente "Interventi straordinari e di emergenza" nella sezione "Amministrazione trasparente".

Su specifica richiesta derivante dalla sopra citata richiesta dell'ANAC inerente "Interventi straordinari e di emergenza" è stato richiesto alle strutture aziendali interessate (UOC Patrimonio, UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Economico Finanziario, UOC Gestione Personale Dipendente, UOC Gestione Personale Convenzionato, UOC Affari Generali) di rendicontare mediante pubblicazione di appositi prospetti appositamente elaborati dall'Ufficio del RPCT per la pubblicazione di in ordine alle donazioni ricevute, sia in denaro che cespiti, e la loro assegnazione nel contesto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, ai fini delle massima

conoscenza e trasparenza. Il Presidente dell'ANAC è tornato sul pezzo con apposito comunicato richiamando le amministrazioni tenute alla pubblicazione, ad integrare il modello rendiconto del 2021, tenuto conto del termine dell'emergenza sanitaria al 31/03/2022. Su specifica richiesta all'U.O. competente è stato dichiarato dalla stessa che per il 2021 non sono pervenute donazioni liberali, così come risulta pubblicato nella predetta specifica sottosezione.

Ai fini di una più dettagliata rendicontazione della strategia adottata da questa ASP riguardo alla mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", è anche necessario richiamare l'implementazione del nuovo sistema riportato nell'Allegato 1 del PNA 2019 (Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi), come già descritto nel precedente Capitolo 6 - PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE, al punto 6.1.2 - METODOLOGIA, mediante l'introduzione della "nuova metodologia" attraverso la revisione dell'intera struttura del sistema di gestione del rischio, avviata già per il PTPCT 2020-2022. A tal fine, è stata mantenuta la scomposizione delle schede mediante aggregazione dei vari processi delle UU.OO. interessate dalla mappatura secondo le aree di rischio di pertinenza ("generale" e "specifiche") riportate nel predetto Allegato 1 al PNA 2019, numerate secondo l'ordine numerico risultante dall' "Elenco delle principali aree di rischio" ivi riportato, determinando così l'Allegato 1 al predetto PTPCT, suddiviso in 13 aree, come di seguito riportate, entro ognuna delle quali sono stati ricondotti i processi e/o attività delle UU.OO..

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' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

Riguardo alla metodologia si fa espresso riferimento a quanto pedissequamente implementata seguendo le indicazioni riportate nel predetto Allegato 1 al PNA 2019, soprattutto avuto riguardo al nuovo sistema di "Mappatura dei processi", consistente nella "individuazione" e "analisi" dei processi organizzativi, attività avvita per il presente PTPCT, esaminata gradualmente nel corso del 2020 e ulteriormente implementata per le rimanenti aree di rischio. Tale mappatura è integrata con i sistemi di gestione già presenti nell'A.S.P. di Messina, quali il Controllo di Gestione, il sistema di auditing (sia quello gestito dall'Internal Auditor con attività condivise, che direttamente dal RPCT autonomamente), nonché il sistema di gestione della

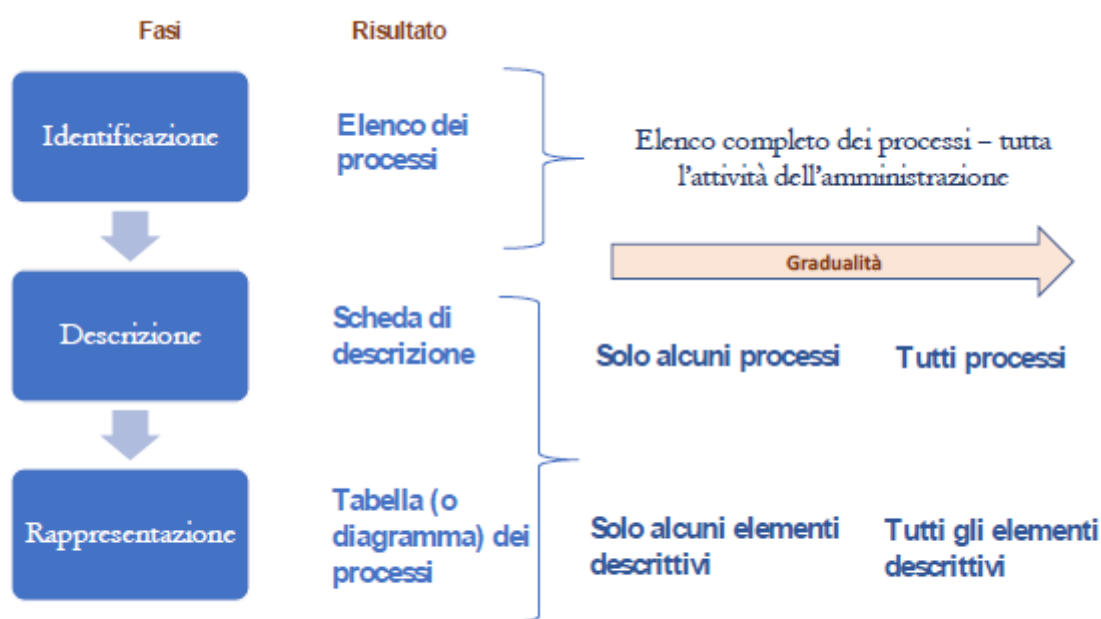
qualità ed il sistema di gestione della performance, secondo "il principio dell'integrazione", tali da generare "sinergie di tipo organizzativo e gestionale".

A tal fine, si definisce "**Processo**" una "sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente)".

Si tratta, pertanto, di un "concetto organizzativo":

- **Più flessibile**, in quanto il livello di dettaglio dell'oggetto di analisi (e, quindi, l'analiticità della mappatura) è frutto della scelta di questa Azienda, secondo dello scopo, delle risorse e delle competenze di cui essa dispone;
- **Più gestibile**, in quanto consente la riduzione della numerosità degli oggetti di analisi mediante l'aggregazione di più procedimenti in un unico processo, lasciando a questa ASP la possibilità di condurre un'analisi di maggiore dettaglio a seconda delle sostenibilità organizzativa;
- **Più completo**, in quanto i processi mappati abbracciano tutta l'attività svolta da questa ASP anche se non tutta l'attività amministrativa è proceduralizzata;
- **Più concreto**, in quanto viene descritto "chi", "come" e "quando" viene effettivamente svolta l'attività.

La mappatura dei processi si articola nelle seguenti fasi.



IDENTIFICAZIONE

Costituisce il primo passo per la realizzazione del corretto svolgimento della mappatura dei processi.

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.

DESCRIZIONE

Dopo l'identificazione dei processi si è proceduto alla comprensione delle modalità di svolgimento attraverso la loro descrizione (seconda fase). Ai fini dell'attività di prevenzione della corruzione, tale attività di descrizione del processo costituisce una fase particolarmente rilevante, in quanto consente di identificare più agevolmente le criticità dei processi esaminati in funzione delle loro modalità di svolgimento, allo scopo di introdurre gli opportuni correttivi.

Il risultato di questa fase costituisce, pertanto, una descrizione dettagliata dei processi.

Come indicato nell'allegato 1 al PNA 2019 e specificato nel seguente prospetto riportante "Gli elementi utili per la descrizione dei processi", ferma restando l'utilità di pervenire gradualmente ad una descrizione analitica dei processi di questa ASP, è utile rammentare che il risultato atteso può essere raggiunto in maniera progressiva nei diversi cicli annuali di gestione del rischio corruttivo, in considerazione delle risorse e delle competenze effettivamente disponibili.

La gradualità di approfondimento può riguardare:

- a. gli elementi funzionali alla descrizione dei processi (illustrati nel prospetto riportato di seguito);
- b. gli ambiti di attività (aree di rischio) da destinare all'approfondimento.

Elementi utili per la descrizione dei processi

In una logica di miglioramento continuo l'ASP di Messina procederà ad arricchire progressivamente la descrizione dei processi, al fine di descrivere in maniera efficace ed esaustiva i singoli processi rappresentando i seguenti elementi:

- elementi in ingresso che innescano il processo – "input";
- risultato atteso del processo – "output";
- sequenza di attività che consente di raggiungere l'output – le "attività";
- responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;
- tempi di svolgimento del processo e delle sue attività (nei casi in cui i tempi di svolgimento sono certi e/o conosciuti, anche in base a previsioni legislative o regolamentari);
- vincoli del processo (rappresentati dalle condizioni da rispettare nello svolgimento del processo in base a previsioni legislative o regolamentari);
- risorse del processo (con riferimento alle risorse finanziarie e umane necessarie per garantire il corretto funzionamento del processo (laddove le stesse siano agevolmente ed oggettivamente allocabili al processo);
- interrelazioni tra i processi;
- criticità del processo.

Riguardo al **punto a**, sulla scorta del lavoro avviato nel precedente PTPCT con le UU.OO. interessate dalla mappatura, è stato richiesto alle stesse, nel processo di revisione delle schede, la eventuale revisione dell'elenco dei processi svolti da ciascuna di esse, secondo lo stesso format fornito in precedenza riportato di seguito, e ciò allo scopo di effettuare una ricognizione di tutta l'attività svolta da questa ASP, non solamente di quelli ritenuti a rischio.

Descrizione del processo (che cos'è e che finalità ha)	Attività che scandiscono e compongono il processo	Responsabilità
---	--	----------------

Nell'Allegato 3 – Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" P.I.A.O. 2023-2025, alla presente sottosezione si riportano gli elenchi di tali processi forniti ed aggiornati dalle UU.OO. interpellate.

Pertanto, mediante il richiamato approfondimento graduale, sarà possibile aggiungere, nelle annualità successive, ulteriori elementi di descrizione (es. input, output, ecc.), fino a raggiungere la completezza della descrizione del processo.

Si fa, altresì, presente che tali elementi possono essere utili anche per altre finalità per le quali la mappatura dei processi può essere realizzata, come ad esempio il controllo di gestione, la ripartizione dei carichi di lavoro, ecc.; pertanto, essa può costituire un utile strumento di gestione, di integrazione e coordinamento con gli altri strumenti gestionali dell'ente.

Per quanto riguarda il **punto b**, come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019, l'ASP di Messina avrà modo di programmare nel tempo la descrizione dei processi, specificando le priorità di approfondimento delle aree di rischio, con la conseguente chiara esplicitazione delle motivazioni, pervenendo, nel tempo, alla realizzazione della descrizione completa, partendo da quei processi che afferiscono ad aree di rischio ritenute maggiormente sensibili, motivando nel Piano tali decisioni e specificando i tempi di realizzazione della stessa. La decisione sulle priorità da assegnare alle aree di rischio sarà presa, pertanto, in considerazione degli elementi riportati nel seguente prospetto.

Elementi utili alla definizione delle priorità tra le aree di rischio

- risultanze dell'analisi del contesto esterno (se, ad esempio, dall'analisi è emerso un problema relativo all'ambiente o alla gestione dei rifiuti, dovranno avere priorità nell'approfondimento le aree di rischio attinenti a tali tematiche quali Area gestione rifiuti, Provvedimenti privi di effetto economico, ecc.)
- precedenti giudiziari o "eventi sentinella" relativi a particolari episodi attinenti a specifici ambiti di interesse dell'amministrazione;
- analisi del contesto interno (ad esempio stante la dislocazione territoriale degli uffici dell'amministrazione, le funzioni gestite a livello decentralizzato comportano un minor controllo in talune attività).

RAPPRESENTAZIONE

L'ultima fase della mappatura dei processi, la terza fase, riguarda la rappresentazione degli elementi descrittivi del processo illustrati nella fase precedente, quella della "descrizione".

Seguendo le indicazioni riportate nell'Allegato 1 del PNA 2019, si è preferito avviare nuovo sistema di mappatura procedendo mediante la rappresentazione dei processi sotto forma tabellare, risultando quest'ultima la forma più semplice e immediata, tralasciando, per il momento l'ulteriore modalità ivi indicata, cioè quella mediante l'utilizzo di diagrammi di flusso.

Si precisa che, per lo scopo di tale modalità di rappresentazione, gli elementi dei processi da includere possono essere più o meno numerosi a seconda del livello di analiticità con cui è stata svolta la fase di descrizione. In una logica di semplificazione, come raccomandato dall'ANAC, sono stati inclusi solo gli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamento).

A seguire si riporta un esempio di rappresentazione tabellare sintetica, come utilizzata da questa A.S.P..

PROCESSO	ATTIVITA'	RESPONSABILITA'
Processo A	Attività 1	U.O. 1
	Attività 2	U.O. 2

MODALITÀ DI REALIZZAZIONE DELLA MAPPATURA DEI PROCESSI

Fermo restando che la mappatura dei processi costituisce un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio, si è proceduto in modo da conseguire una compiuta analisi dei processi al fine di identificare i punti più vulnerabili e, di conseguenza, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

Per la mappatura è risultato fondamentale il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative interessate, sulla scorta delle indicazioni riportate nelle note inviate a ciascuna struttura aziendale. A tal fine, considerate le dimensioni e la complessità organizzativa dell'A.S.P. di Messina, è stato richiesto il contributo, oltre che all'Ufficio di supporto del RPCT, anche al Gruppo Multidisciplinare dei Referenti ai quali, con delibera n.1590/CS del 07/04/2022, sono state attribuite anche funzioni di supporto agli Internal Audit.

Questi ultimi, come esplicitato nelle pagine seguenti, hanno costituito, nel 2016 il primo campione qualificato a cui il RPCT, integrando peraltro una specifica azione-obiettivo dei PAC aziendali, ha somministrato il questionario finalizzato alla rilevazione del livello di implementazione delle azioni previste dalla recente normativa in tema di legalità e trasparenza. Le indicazioni emerse convergono nell'individuare i settori Procedure gare/appalti - Acquisizione beni e servizi, Vigilanza/controlli/ ispezioni ed irrogazione sanzioni, Procedure concorsi - Affidamento incarichi e nomine, come maggiormente esposti al rischio corruttivo, aggredibili prioritariamente con misure di formazione e rotazione. Nel 2017 l'indagine è stata estesa ad un numero più ampio di dirigenti e dipendenti, mediante la somministrazione del questionario presso tutte le UU.OO..

Tale attività ricalca pedissequamente quanto previsto anche nel PNA 2019 riguardo alla prescrizione di interviste agli addetti relativamente ai processi onde individuare gli elementi peculiari e i principali flussi.

Con deliberazione n.3131/CS del 20/07/2022, modificata con deliberazione n.3878/CS del 21/09/2022, è stato costituito un nuovo gruppo di lavoro a supporto della funzione di Internal Auditor.

Si ribadisce che grazie al sostegno della Direzione Aziendale nel coordinamento della mappatura dei processi dell'intera amministrazione, ha potuto disporre del necessario contributo e della collaborazione dell'intera struttura organizzativa, in particolare da parte dei dirigenti, che, ai sensi dell'art. 16 co. 1-bis, del 165/2001, lettera l-ter), sono tenuti a fornire le informazioni richieste per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e a formulare, come peraltro richiesto, specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo, nonché da parte di tutti i dipendenti, ai sensi dell'art. 8 del d.P.R. 62/2013, di volta in volta chiamati a collaborare col Responsabile della prevenzione della corruzione. In tale fase si tiene conto anche della eventuale mancata collaborazione, che può altresì essere considerata dal RPCT in fase di valutazione del rischio, in quanto eventuali resistenze a fornire il supporto richiesto potrebbero celare situazioni di criticità.

Come già rappresentato lo scorso anno, data l'emergenza sanitaria da Covid-19, non si è potuto procedere al completamento della revisione di tutte le schede delle misure di prevenzione della corruzione, stante il permanere della situazione emergenziale, prolungatasi anche nel 2021, e l'assenza per diverso tempo sia del RPCT che del personale dell'Ufficio del RPCT.

Tale attività sarà ripresa ed implementata nel corso del 2023 per le strutture aziendali residuali. Nel corso del 2023 sarà cura, pertanto, del RPCT procedere ad una adeguata programmazione delle ulteriori attività di rilevazione dei processi individuati nella presente

sottosezione £Rischi corruttivi e trasparenza”, secondo i tempi e responsabilità relative alla loro “mappatura”, così come indicate nel “Cronoprogramma”, con particolare riguardo al monitoraggio di primo livello (autovalutazione dei Direttori di UOC) e di secondo livello a cura del RPCT e dell’Ufficio di Supporto, nonché del conseguente “Riesame” in maniera tale da rendere possibile, con gradualità e tenendo conto delle risorse disponibili, il passaggio da soluzioni semplificate (ad esempio elenco dei processi con descrizione solo parziale) a soluzioni più evolute (descrizione più analitica ed estesa).

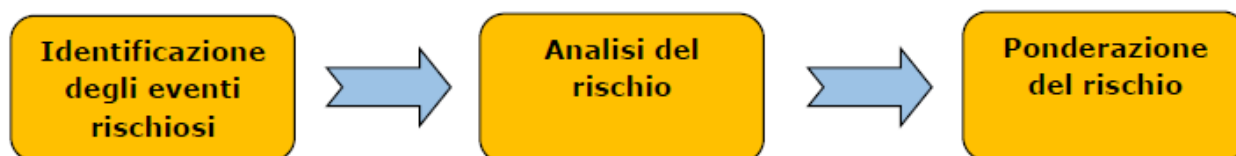
A tal fine, come auspicato nel Decreto n.132/2022 riguardo ai processi da digitalizzare / reingegnerizzare, saranno individuate modalità che tenderanno sempre più all’utilizzo di strumenti e soluzioni informatiche idonee a facilitare la rilevazione, l’elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni necessarie, mediante anche il coinvolgimento con altre iniziative presenti in questa ASP che richiedono interventi simili (controllo di gestione, certificazione di qualità, analisi dei carichi di lavoro, sistema di performance management, ecc.).

2.3.4 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI POTENZIALI E CONCRETI

VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Come rappresentato nel precedente Piano anticorruzione aziendale, si richiama quanto indicato nell’Allegato 1 del PNA 2019, secondo cui la valutazione del rischio 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.



Come indicato nel PNA 2019, 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.

Ai fini dell'identificazione dei rischi è 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** (attuale sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del presente P.I.A.O.)

a) Definizione dell'oggetto di analisi

Ai fini di una corretta identificazione dei rischi è necessario definire, preliminarmente, l'oggetto di analisi, ossia l'unità di riferimento rispetto al quale individuare gli eventi rischiosi.

Tenendo conto della dimensione organizzativa dell'amministrazione, delle conoscenze e delle risorse disponibili, l'oggetto di analisi può essere definito con livelli di analiticità e, dunque, di qualità progressivamente crescenti. Pertanto, l'Oggetto di analisi può essere, infatti, l'intero processo o le singole attività di cui si compone il processo.

Come raccomandato nel PNA 2019, si ritiene che il livello minimo di analisi per l'identificazione dei rischi debba essere rappresentato dal processo; in tal caso, i processi rappresentativi dell'intera attività dell'Azienda non sono ulteriormente scomposti in attività. Per ogni processo rilevato nella mappatura vengono identificati gli eventi rischiosi che possono manifestarsi. Se l'unità di analisi prescelta è il processo, gli eventi rischiosi non sono necessariamente collegati a singole attività del processo.

Tenuto conto del notevole lavoro svolto in merito, è comunque intenzione del RPCT procedere gradualmente mediante iniziative ed azioni volte a migliorare ulteriormente il dettaglio dell'analisi.

In tal senso, come già rappresentato al riguardo nel punto 6.4, con specifiche note indirizzate a ciascuna struttura aziendale interessata, è stato richiesto l'eventuale aggiornamento dell'elenco dei processi svolti da ciascuna di esse, sulla scorta del format già elaborato per i precedenti PTPCT, allo scopo di effettuare una ricognizione di tutta l'attività svolta da questa ASP, non solamente di quelli ritenuti a rischio.

Tale ricognizione, ulteriormente aggiornata, ha permesso, così, di effettuare una elencazione delle principali attività svolte in ambito aziendale, e di integrare il dettaglio dei processi già oggetto di analisi del rischio di corruzione.

Come già realizzato negli anni precedenti, sono state programmate iniziative e azioni per migliorare gradualmente nel tempo il dettaglio dell'analisi, pervenendo ad una mappatura e alla conseguente ponderazione ancora più dettagliata, come esplicitato nelle pagine precedenti. Questo livello minimo di analisi è adottato anche per quei processi in cui, a seguito di adeguate e rigorose valutazioni già svolte nei precedenti PTPCT, il rischio corruttivo è stato ritenuto basso e per i quali non si sono manifestati, nel tempo, fatti o situazioni indicative di qualche forma di criticità (eventi sentinella, segnalazioni, ecc.).

Come raccomandato, si è ritenuto opportuno sviluppare l'identificazione dei rischi con un maggior dettaglio, pervenendo alla individuazione delle singole attività del processo come oggetto di analisi. Ciò per tutti i processi individuati per tutte le strutture aziendali al livello più avanzato implementato, riservando una particolare attenzione alle singole attività per quei casi in cui gli eventi rischiosi a livello di processo sono molteplici, per cui il loro trattamento richiede la definizione di misure differenziate e azioni di monitoraggio specifiche.

Tale attività rientra, pertanto, in una logica di miglioramento continuo, mediante la quale l'ASP di Messina, sulla scorta dell'esperienza maturata in seguito alla nuova metodologia introdotta,

avrà modo di affinare ulteriormente nel tempo le specifiche metodologie, passando dal livello minimo di analisi (per processo/fase) ad un livello via via più dettagliato (per attività).

b) Selezione delle tecniche e delle fonti informative

Al fine di procedere all'identificazione degli eventi rischiosi, tenuto conto delle dimensioni organizzative e territoriali dell'A.S.P. di Messina, nonché delle conoscenze e delle risorse disponibili, è stato fatto ricorso sia ad una pluralità di tecniche che ad un certo numero di fonti informative, che vengono riportate nel seguente prospetto.

Le fonti informative utilizzabili sono costituite da:

- le risultanze dell'analisi del contesto interno e esterno realizzate nelle fasi precedenti;
- le risultanze dell'analisi della mappatura dei processi;
- l'analisi di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione oppure in altre amministrazioni o enti che possono emergere dal confronto con realtà simili;
- incontri (o altre forme di interazione) con i responsabili degli uffici o il personale dell'amministrazione che abbia conoscenza diretta sui processi e quindi delle relative criticità;
- le risultanze dell'attività di monitoraggio svolta dal RPCT e delle attività svolte da altre strutture di controllo interno (es. internal audit, Servizio Attività ispettive, etc.);
- le segnalazioni ricevute tramite il canale del whistleblowing o tramite altra modalità (es. segnalazioni raccolte dal RPCT o RUP o provenienti dalla società civile, sia prima che dopo la consultazione sul PTPCT);
- le esemplificazioni eventualmente elaborate dall'Autorità per il comparto di riferimento;
- il registro di rischi realizzato da altre amministrazioni, simili per tipologia e complessità organizzativa.

Nel corso del 2020 e in parte anche nel 2021, continuando il lavoro di revisione del sistema generale di mappatura avviato nel 2019, per la definizione delle priorità di trattamento riguardo ai rischi rilevati, 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, sono stati individuati 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 di cui sopra per la ponderazione della **PROBABILITA'**, 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.

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 introdurne di nuove grazie all'esito della predetta nuova mappatura.

c) Individuazione e formalizzazione dei rischi

Riguardo agli eventi rischiosi individuati utilizzando le fonti informative disponibili, al fine di evitare duplicazioni nella stesura del documento, è stato realizzato, come indicato nel PNA 2019, il "registro dei processi e dei rischi" (**allegato 4 – Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" P.I.A.O. 2023-2025**), riportante, per ogni area di rischio, i rischi individuati rispetto ai processi mappati.

Il registro dei rischi

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla creazione di un "Registro degli eventi rischiosi", nel quale sono riportati gli eventi rischiosi relativi ai processi dell'amministrazione.

Per ogni processo/fase/attività viene individuato almeno un evento rischioso.

A seconda del livello di analiticità della mappatura dei processi, ne seguiranno descrizioni degli eventi rischiosi più o meno analitiche, fino a far corrispondere gli eventi rischiosi alle singole fasi/attività del processo

ANALISI DEL RISCHIO

L'analisi del rischio 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.

Analisi dei fattori abilitanti

L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

L'aggiornamento al PNA 2015 si era già riferito alle "cause" degli eventi rischiosi. Si preferisce tuttavia utilizzare il concetto di "fattori abilitanti" poiché non sempre è individuabile un vero e proprio rapporto di causa-effetto.

L'analisi di questi fattori consente di individuare le misure specifiche di trattamento più efficaci, ossia le azioni di risposta più appropriate e indicate per prevenire i rischi. I fattori abilitanti possono essere, per ogni rischio, molteplici e combinarsi tra loro.

Esempi di fattori abilitanti del rischio corruttivo

- Mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- mancanza di trasparenza;
- eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna;
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi; o inadeguata diffusione della cultura della legalità;
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Anche in questa risulta indispensabile il coinvolgimento della struttura organizzativa. Il RPCT supporta i responsabili degli uffici nell'individuazione di tali fattori, facilitando l'analisi ed integrando lo stesso in caso di valutazioni non complete.

Tale metodologia, la cui implementazione è iniziata nei precedenti PTPCT, a fa data dal 2020, viene implementata anche nella presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza".

Dando seguito a quanto implementato nel PTCPT 2020-2022, tali fattori abilitanti sono stati integrati in tutte le schede delle misure di prevenzione della corruzione della presente sottosezione.

Stima del livello di esposizione al rischio

È importante definire il livello di esposizione al rischio di eventi corruttivi al fine di individuare i processi e le attività del processo su cui concentrare l'attenzione, sia per la progettazione o per il rafforzamento delle misure di trattamento del rischio, sia per l'attività di monitoraggio da parte del RPCT.

In questa fase, l'analisi è finalizzata a stimare il livello di esposizione al rischio per ciascun oggetto definito nella fase precedente: processo o sua attività.

Pertanto, in tale fase l'Azienda può introdurre un ulteriore livello di dettaglio allo scopo di stimare l'esposizione al rischio per singolo evento rischioso che è stato individuato nella fase di identificazione.

L'analisi del livello di esposizione è avvenuta rispettando tutti i principi guida richiamati nel PNA 2019, nonché secondo un criterio generale di "prudenza": in tal senso, il fine è quello di evitare la sottostima del rischio, che non permetterebbe di attivare le opportune misure di prevenzione. Tale criterio dovrà essere considerato anche ai fini del riesame periodico della funzionalità del sistema descritto nel successivo capitolo 6.6 inerente il "RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA".

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

- a) scegliere l'approccio valutativo,
- b) individuare i criteri di valutazione,
- c) rilevare i dati e le informazioni,
- d) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato.

Azioni necessarie per l'analisi dell'esposizione al rischio



a) Scelta dell'approccio valutativo

Come precisato dall'ANAC, il metodo utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere *qualitativo*, *quantitativo* o *misto*.

Col metodo *qualitativo* l'esposizione al rischio è stimata in base a motivate valutazioni, espresse dai soggetti coinvolti nell'analisi, su specifici criteri. Tali valutazioni, supportate anche da dati, non prevedono o non dovrebbero prevedere la loro rappresentazione finale in termini numerici.

Diversamente, col metodo di tipo *quantitativo* si utilizzano analisi statistiche o matematiche per quantificare l'esposizione dell'organizzazione al rischio in termini numerici.

Come meglio descritto nelle pagine seguenti, questa ASP già da tempo utilizza un approccio di tipo qualitativo, basato su sistema di gestione del rischio di prevenzione della corruzione riferita alla norma internazionale ISO 31000, mediante un approccio risk-based, abbandonando dal 2015 la precedente impostazione di tipo quantitativo indicata dall'ANAC nell'Allegato 5 al PNA 2013 utilizzata nel PTPC 2014-2016. Come previsto nel precedente PTPCT, questa ASP ha proceduto mediante la metodologia qualitativa indicata nell'Allegato 1 del PNA 2019, ulteriormente implementata per il presente PTPCT, come precisato nelle precedenti pagine e nel seguente punto b).

b) Individuazione dei criteri di valutazione

Coerentemente all'approccio qualitativo suggerito dall'ANAC, questa ASP ha ritenuto di dover procedere mediante l'implementazione di criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi tradotti operativamente in indicatori di rischio (key risk indicators), in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

Per stimare l'esposizione al rischio relativamente all'Area di rischio 13, si è proceduto alla definizione, in via preliminare, degli indicatori del livello di esposizione del processo / fase / attività al rischio di corruzione in un dato arco temporale.

Tenuto conto anche della dimensione organizzativa dell'Azienda, delle conoscenze e delle risorse disponibili, si è ritenuto opportuno utilizzare, per la predetta Area di rischio, gli indicatori di stima del livello di rischio riportati nell'Allegato 1 al PNA 2019, comunque accettati, ampliabili o modificabili nel corso degli anni, come riportati nel seguente prospetto, fermo restando che è intenzione di questa ASP procedere alla eventuale individuazione di ulteriori indicatori di rischio, anche grazie alle attività di collaborazione tra amministrazioni operanti nello stesso territorio/settore pubblico. Certamente rilevante saranno le determinazioni raggiunte in tal senso in seno al Coordinamento dei RPC del SSR, nelle cui riunioni è stata condivisa la implementazione del nuovo sistema di gestione del rischio di prevenzione della corruzione.

Indicatori di stima del livello di rischio

- **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.

Come rappresentato nel presente Piano (v. 6.1.2), nel nuovo sistema di gestione del rischio adottato da questa ASP, tali indicatori di stima sono stati assunti quali parametri dell'indicatore **PROBABILITA'** nel nuovo sistema di ponderazione del rischio di corruzione di ciascun processo/fase/attività.

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**.

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	ALTO	Ampia discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, che

	incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato		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 obblighi di pubblicazione	ALTO	Il processo/procedimento è stato oggetto, nell'ultimo anno, 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
		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

			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 organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	ALTO	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate 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".

c) Rilevazione dei dati e delle informazioni

La rilevazione dei dati e delle informazioni necessarie a esprimere un giudizio motivato sui criteri di cui al precedente punto b) deve essere coordinata dal RPCT e devono rilevate da soggetti con specifiche competenze o adeguatamente formati, oppure, come previsto dall'ANAC, mediante forme di autovalutazione da parte dei responsabili delle unità organizzative coinvolte nello svolgimento del processo (c.d. *self assessment*). In ogni caso, per le valutazioni espresse è necessario esplicitare sempre la motivazione del giudizio espresso e fornire delle evidenze a supporto.

Le valutazioni devono essere sempre supportate da dati oggettivi, salvo documentata indisponibilità degli stessi. Tali dati, (per es. i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari, segnalazioni, ecc.) consentono certamente una valutazione meno autoreferenziale e una stima più accurata, rendendo pertanto più solida la motivazione del giudizio espresso.

Dati oggettivi per la stima del rischio

Al fine di migliorare il processo di misurazione del livello di rischio è necessario supportare l'analisi di tipo qualitativo con l'esame dei dati statistici che possono essere utilizzati per stimare la frequenza di accadimento futuro degli eventi corruttivi. In particolare si suggerisce di utilizzare:

- i dati sui precedenti giudiziari e/o sui procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti dell'amministrazione. Le fattispecie che possono essere considerate sono le sentenze passate in giudicato, i procedimenti in corso, e i decreti di citazione a giudizio riguardanti:
 - i reati contro la PA;
 - il falso e la truffa, con particolare riferimento alle truffe aggravate all'amministrazione (artt. 640 e 640-bis c.p.);
 - i procedimenti aperti per responsabilità amministrativo/contabile (Corte dei Conti);
 - i ricorsi amministrativi in tema di affidamento di contratti pubblici.

Tali dati possono essere reperiti dall'Ufficio Legale dell'amministrazione o tramite l'Avvocatura (se presenti all'interno dell'amministrazione), o dall'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD) e le UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico, fermo restando che è possibile ricorrere anche alle banche dati online già attive e liberamente accessibili (es. es. Banca dati delle sentenze della Corte dei Conti, Banca dati delle sentenze della Corte Suprema di Cassazione), o le segnalazioni pervenute, nel cui ambito rientrano certamente le segnalazioni ricevute tramite apposite procedure di whistleblowing, ma anche quelle pervenute dall'esterno dell'amministrazione o pervenute in altre modalità.

Altro dati da prendere in considerazione sono quelli relativi ai reclami e alle risultanze di indagini di customer satisfaction, che possono indirizzare l'attenzione su possibili malfunzionamenti o sulla malagestione di taluni processi organizzativi. o ulteriori dati in possesso dell'amministrazione (es. dati disponibili in base agli esiti dei controlli interni delle singole amministrazioni, rassegne stampa, ecc.).

Nel caso di utilizzo di forme di autovalutazione (Monitoraggio di 1° livello), il RPCT è tenuto a vagliare le valutazioni dei responsabili (Monitoraggio di 2° livello) per analizzarne la ragionevolezza ed evitare che una sottostima del rischio porti a non attuare azioni di mitigazione. Nei casi dubbi, deve essere utilizzato il criterio generale di prudenza, già precedentemente esposto.

Tale attività di rilevazione viene adeguatamente programmata individuando, nel Cronoprogramma del PTPCT, tempi e responsabilità. Inoltre, laddove possibile, è intenzione di avvalersi di strumenti e soluzioni informatiche, oltre a quelle già utilizzate, idonee a facilitare la rilevazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni necessarie.

d) Misurazione del livello di esposizione al rischio e formulazione di un giudizio sintetico

Con riferimento alla misurazione e alla valutazione del livello di esposizione al rischio, si è ritenuto opportuno utilizzare, anche per la presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", un'analisi di tipo qualitativo, accompagnata da adeguate documentazioni e motivazioni, piuttosto che ricorrere ad un'impostazione quantitativa che prevede l'attribuzione di punteggi (scoring).

Per ogni oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) e tenendo conto dei dati raccolti, si procede alla misurazione di ognuno dei criteri illustrati in precedenza (**punto b**).

Per la misurazione viene applicata una scala di misurazione ordinale (alto, medio, basso), precisando che ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte.

Partendo dalla misurazione dei singoli indicatori si perviene ad una valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio, il cui valore complessivo ha lo scopo di fornire una misurazione sintetica del livello di rischio associabile all'oggetto di analisi (processo/attività o evento rischioso) (**punto b**).

Anche in questo caso viene utilizzata una scala di misurazione ordinale relativa ai singoli parametri individuata nella "matrice del rischio".

Nell'effettuare questa valutazione complessiva è opportuno precisare che, nel caso in cui, per un dato oggetto di analisi (es. processo), siano ipotizzabili più eventi rischiosi aventi un diverso livello di rischio, viene fatto riferimento, come raccomandato dall'ANAC, al valore più alto nella stima dell'esposizione complessiva del rischio, facendo prevalere il giudizio qualitativo rispetto ad un mero calcolo matematico per poter esprimere più correttamente il livello di esposizione complessivo al rischio dell'unità oggetto di analisi.

In ogni caso, vale la regola generale secondo cui ogni misurazione deve essere adeguatamente motivata alla luce dei dati e delle evidenze raccolte, come indicato nella colonna appositamente individuata in ciascuna scheda di misure del rischio di corruzione.

Nello specifico, per la presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", come indicato nelle seguenti pagine, 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	Giudizio sintetico	

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

In tale contesto, i processi/procedimenti sono stati mappati in relazione alle cosiddette "aree di rischio" generali e specifiche di cui al PNA 2019, come già riportate nel presente Piano, superando, pertanto la precedente impostazione di cui al PNA del 2013, tenuto conto dell'indicazione normativa relativa ai procedimenti elencati nell'art. 1 co. 16 della l. 190/2012 (aree di rischio ricorrenti):

- 1) Area acquisizione progressione del personale;
- 2) Area affidamento di lavori, servizi e forniture;
- 3) Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- 4) Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- 5) Area Vigilanza e sanzioni pecuniarie (specifica per il Sistema Sanitario Nazionale)

E superando anche le integrazioni di cui alle Determinazione n.12/2015 e Delibera n.831/2016 A.N.AC., con le Aree di seguito riportate, rispetto alle quali l'Azienda ha avviato un'ulteriore analisi e mappatura dei propri processi:

AREE DI RISCHIO GENERALI

- Contratti pubblici (sostituisce "Affidamento di lavori, servizi e forniture")
- Incarichi e nomine
- Gestione entrate, spese e patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni (sostituisce la quinta delle aree precedenti).

AREE DI RISCHIO SPECIFICHE - SANITÀ

- a. Acquisti in ambito sanitario
- b. Nomine dirigenza medica e sanitaria
- c. Rapporti con soggetti erogatori
- d. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- e. Attività libero professionali e liste d'attesa
- f. Gestione patrimonio immobiliare –Comodati d'uso/valutazione in prova
- g. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazione;
- h. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

L'attività di approfondimento analitico ha consentito di sintetizzare e rendere intellegibili le informazioni raccolte per ciascun processo, permettendo, nei casi più complessi, la descrizione del flusso e delle interrelazioni tra le varie attività, pervenendo, altresì, all'individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative interessate.

Ad ogni area di rischio è dedicato uno spazio descrittivo, frutto del livello di analisi concretamente sviluppato con le unità operative interessate, e quindi rappresentativo anche dei diversi approcci tecnico-culturali e valoriali all'autoanalisi organizzativa.

In linea generale, la valutazione del rischio si è sviluppata lungo le seguenti fasi:

- a) Identificazione del rischio – sia mediante acquisizione di numerose fonti informative, sia procedendo alla individuazione degli eventi di natura corruttiva che potrebbero verificarsi in relazione ai processi o alle fasi dei processi e distinguendo tra: rischio "inerente" che è il rischio che grava su un'organizzazione in assenza di qualsiasi azione in grado di alterare la probabilità e/o l'impatto del rischio stesso (rappresenta l'impatto lordo di un fattore di rischio, cioè la massima perdita realizzabile in seguito al suo

manifestarsi e alla mancanza di azioni tese a limitarne gli effetti) e il c.d. rischio "residuo" che è il rischio che rimane dopo la risposta al rischio, cioè dopo l'effettiva implementazione delle azioni tese alla mitigazione del rischio inerente. La differenza tra i benefici dell'azione e gli effetti complessivi che i fattori di rischio hanno sugli obiettivi aziendali determina il rischio residuo, cioè l'impatto netto riconducibile ai fattori di rischio. Il processo di valutazione dei rischi si focalizza prima sui rischi inerenti e successivamente, dopo lo sviluppo di adeguate risposte al rischio, su quelli residui.

- b) Analisi del rischio - individuazione del livello di esposizione al rischio delle attività e dei processi, circoscrivendo le cause del verificarsi di eventi corruttivi e definendo gli eventi rischiosi più rilevanti per l'amministrazione;
- c) Ponderazione del rischio - attribuzione di un peso ad ogni singolo rischio, in termini di priorità e sostenibilità di intervento.

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 4 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.

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

Le risultanze di queste fasi sono contenute nelle singole schede di valutazione del rischio di corruzione (ALLEGATO 1 - Schede tecniche), così come le misure emerse nella fase di trattamento del rischio.

Quest'ultima fase ha consentito di individuare e introdurre i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla scorta delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Le misure individuate, sempre a seguito del confronto con i responsabili delle UU.OO. interessate ed i componenti il gruppo multidisciplinare, sono state scadenze in base alle priorità rilevate, tenuto conto sia delle risorse, soprattutto umane, a disposizione, che della loro sostenibilità, anche per le successive fasi di controllo e di monitoraggio delle stesse.

Sulla scorta del lavoro realizzato nei PTPCT precedenti, è stata posta particolare attenzione alle misure "trasversali" già individuate sulla base dell'indicizzazione del PNA.

È stata, altresì, effettuata la necessaria distinzione tra "misure generali" e "misure trasversali" da un lato, che incidono complessivamente sul sistema della prevenzione della corruzione su tutta l'amministrazione, e "misure specifiche", le quali invece si caratterizzano per il fatto di incidere su specifiche criticità individuate nella fase di analisi del rischio, avuto riguardo, comunque, alla congruità delle misure stesse rispetto all'obiettivo di prevenire il rischio di corruzione.

Secondo le direttive ANAC per l'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio si è tenuto conto dei tre requisiti indicati: 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.

A seguire si riportano le aree di rischio e le schede revisionate delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza relativi ai processi ricondotti in tale contesto di rischio relativamente alle UU.OO. interessate.

È opportuno precisare che, a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19, la revisione della mappatura dei processi e della conseguenziale revisione delle schede delle misure di prevenzione della corruzione, con annessa nuova metodologia di ponderazione del rischio di corruzione come descritta nell'apposita sezione di questo PTPCT, ha subito un rallentamento con il differimento delle attività connesse. Pertanto, non è stato possibile procedere nel corso del 2020 e del 2021 all'aggiornamento di tutte le schede delle strutture aziendali. Essendo il presente documento programmatico dinamico su tre annualità, le schede non aggiornate (Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri, tranne area 13 per questi ultimi) saranno trattate nel corso del 2023.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Come già rappresentato nei precedenti Piani anticorruzione aziendale, il trattamento del rischio costituisce la fase relativa alla individuazione dei correttivi e delle modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

Infatti, in tale fase l'A.S.P. di Messina non si limita a proporre misure astratte o generali, ma progetta l'attuazione di misure specifiche e puntuali con la previsione di scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili. La fase di individuazione delle misure viene quindi impostata prendendo in considerazione, nel contempo, anche la sostenibilità della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, al fine di evitare la pianificazione di misure astratte e non attuabili.

L'individuazione e la progettazione delle misure per la prevenzione della corruzione, pertanto, viene realizzata tenendo conto di alcuni aspetti fondamentali.

Innanzitutto la distinzione tra misure generali e misure specifiche. Come specificato nelle pagine precedenti, le misure generali intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione, incidendo sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le misure specifiche agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di

valutazione del rischio e incidono, pertanto, su situazioni specifiche. Pur originando da presupposti diversi, sono entrambe altrettanto importanti e utili ai fini della definizione complessiva della strategia di prevenzione della corruzione dell'organizzazione.

Nonostante buona parte delle misure generali siano già state adottate nei PTPCT precedenti, questa A.S.P. ha avuto ed avrà cura di verificare la loro corretta e continua attuazione nel tempo, sia attraverso il monitoraggio, che attraverso misure integrative o interventi correttivi.

Ciò al fine di assicurare la continuità dell'azione al fine di intercettare eventuali ulteriori criticità che hanno determinato la revisione delle misure, se ritenuta inadeguata.

Importante ribadire che l'individuazione e la conseguente programmazione di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" della presente sottosezione del P.I.A.O..

Pertanto, tutte le attività (dall'analisi del contesto alla valutazione del rischio) precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte sostanziale di questa sottosezione del P.I.A.O. dell'Azienda, e che in assenza di un'adeguata analisi propedeutica, l'attività di identificazione e progettazione delle misure di prevenzione può rivelarsi inadeguata.

Inoltre, è bene rimarcare che l'individuazione e la progettazione di misure di prevenzione della corruzione rappresentano due passaggi fondamentali e sono qualificanti l'uno nei confronti dell'altro, per cui la presenza di un elenco generico di misure di prevenzione della corruzione, in assenza di un'adeguata programmazione, non assolve, né in linea di principio che di fatto, all'importante progetto di definizione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. A tal proposito, si rammenta che la legge 190/2012 specifica che il PTPCT deve necessariamente contenere "*gli interventi organizzativi volti a prevenire il (...) rischio*"; inoltre, essendo il piano anticorruzione aziendale documento di natura "programmatoria", è necessario garantire un'adeguata programmazione di tali "interventi organizzativi", in termini di ossia le misure di prevenzione della corruzione.

Infine, il trattamento del rischio è costituita dalla **fase 1**, nella quale vengono individuate le misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta, e dalla **fase 2**, nella quale si programmano le modalità della loro attuazione.

2.3.5 PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Prodromica alla progettazione delle misure organizzative per il trattamento del rischio è l'analisi delle misure originarie previste sin nel PNA, trasversali rispetto a tutte le strutture aziendali, come di seguito riportate.

CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE

La fase di "consultazione e comunicazione" è una fase trasversale e potenzialmente contestuale a tutte le altre fasi del processo di gestione del rischio trattate nelle pagine precedenti.

Consiste nelle seguenti attività:

- ✓ attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo politico, ecc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, ecc.), ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell'amministrazione;
- ✓ attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

In questa particolare fase viene rivolta attenzione alla definizione delle attività di comunicazione tra:

- i dirigenti/responsabili degli uffici e il RPCT, per favorire l'azione di monitoraggio della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" e il rispetto degli obblighi normativi;
- il RPCT e gli altri organi dell'amministrazione (Organo di indirizzo-politico e OIV) individuati dalla normativa come referenti del RPCT.

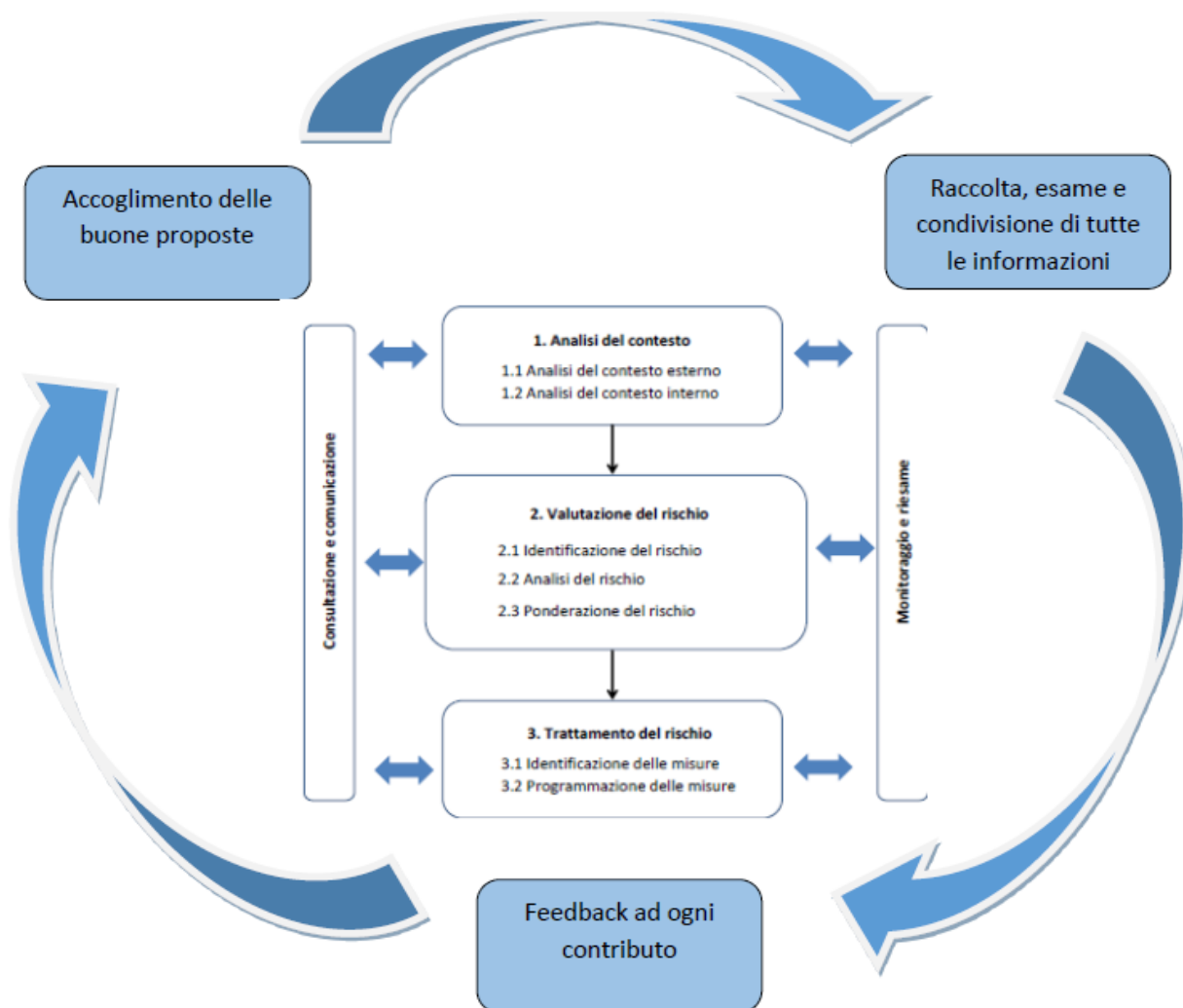
Le tempistiche, i contenuti e le modalità di svolgimento delle suddette attività di comunicazione sono definite nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" nel rispetto degli obblighi normativi e coerentemente con le altre componenti del sistema di gestione del rischio.

In particolare, mediante la consultazione e la comunicazione verrà assicurato che:

- le informazioni pertinenti siano raccolte, esaminate, sintetizzate e condivise;
- sia fornita una risposta ad ogni contributo;
- siano accolte le proposte qualora producano dei miglioramenti.

Tale fase, inoltre, serve ad evitare che la mancanza di un adeguato coinvolgimento e di una effettiva comunicazione nei confronti dei soggetti interni ed esterni alimenti il circuito vizioso dell'autoreferenzialità, con la conseguente produzione di strategie di prevenzione della corruzione inefficaci.

Finalità della fase di consultazione e condivisione



In particolare, il coinvolgimento caratterizza ogni fase del processo di gestione del rischio.

La consultazione e la comunicazione nelle diverse fasi del processo di gestione del rischio corruttivo

Analisi del contesto esterno

In tale fase risulta rilevante il contributo dei cittadini/utenti dell'amministrazione, la cui percezione, opinione ed esperienza diretta possono fornire utili spunti al fine di comprendere meglio le dinamiche relazionali che possono influenzare, in termini di rischio corruttivo, l'amministrazione stessa. Verranno realizzate, pertanto, forme di coinvolgimento strutturate, ricordando, tenendo presente che è possibile coniugare tali modalità con altre attualmente previste da fonti normative, ad esempio il sistema premiante della performance (art. 19-bis del D.lgs. 150/2009 - Partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finale).

Analisi del contesto interno

In tale fase è importante il coinvolgimento di tutta la struttura organizzativa, secondo il principio guida della "responsabilità diffusa", soprattutto con riferimento alla realizzazione della mappatura dei processi. L'onere di tale attività non ricade sul RPCT, il quale è chiamato ad effettuare un efficace coordinamento e controllo della stessa. Pertanto, le strutture organizzative che svolgono i processi oggetto di analisi sono gli interlocutori privilegiati, in quanto gli unici in possesso delle informazioni sulle modalità di svolgimento di tali processi.

In tale contesto, è importante la comunicazione degli esiti della mappatura a tutta l'amministrazione e anche al suo esterno, in maniera tale da consentire una maggiore condivisione e conoscenza delle dinamiche organizzative interne.

Valutazione del rischio

Anche nella fase di valutazione del rischio, è importante il coinvolgimento della struttura organizzativa, secondo il sopra citato principio guida della "responsabilità diffusa", ciò al fine di reperire importanti informazioni sugli eventi rischiosi, sui fattori abilitanti e sulle criticità e caratteristiche del processo utili ad una più puntuale valutazione dell'esposizione al rischio.

Trattamento del rischio

Anche in questa fase risulta indispensabile il coinvolgimento di tutta la struttura organizzativa, secondo il principio guida della "responsabilità diffusa", ai fini della migliore identificazione e progettazione delle misure di prevenzione della corruzione.

In questa fase tale coinvolgimento risulta ancora più rilevante, in quanto consente di tarare al meglio la programmazione delle misure: in termini di conoscenza delle caratteristiche del processo cui la misura è abbinata, delle caratteristiche del personale che è chiamato ad adottarle, ecc.

Inoltre, è indispensabile anche la comunicazione interna ed esterna delle risultanze di questa fase:

- interna, in quanto tutta l'organizzazione deve essere portata a conoscenza sia delle misure di prevenzione della corruzione in capo alla struttura di afferenza, sia del totale delle misure previste all'interno del Piano;
- esterna, in funzione del fatto che le misure di prevenzione della corruzione rappresentano le modalità con cui l'amministrazione intende prevenire, al proprio interno, i fenomeni corruttivi.

In altre parole, il coinvolgimento appropriato e tempestivo di tutte le parti interessate consente di acquisire le loro conoscenze e i loro punti di vista.

La consultazione implica anche che i partecipanti forniscano informazioni "di ritorno" (feedback) tali da contribuire alle decisioni.

A questo fine è utile, prima dell'adozione del PTPCT, si provvede ad una consultazione interna

all'amministrazione ed esterna della bozza di documento (con una pubblicazione sul sito istituzionale), dando un congruo tempo a disposizione per le osservazioni e dando conto pubblicamente a tutte le osservazioni pervenute, motivando se le stesse sono state o meno recepite.

La comunicazione implica un costante flusso informativo ad ogni livello dell'Azienda e, quindi, una maggiore condivisione. Al contempo, la maggiore condivisione contribuisce a migliorare la conoscenza e la consapevolezza dei singoli all'interno dell'organizzazione, generando un circuito positivo di interazione finalizzata al miglioramento.

Questa A.S.P., come previsto, ha avviato la consultazione pubblica, mediante avviso pubblico (nota prot. n.169738 del 21/12/2022), al fine di acquisire, dal 27/12/2022 al 10/01/2023, proposte, riflessioni e contributi sul Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di questa Azienda, predisponendo apposita modulistica (all.1. - Modulo nota di trasmissione; All.2 - Modulo schema proposte, riflessioni e contributi).

Entro la data prefissata non è pervenuto nessun contributo in merito.

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Come già rappresentato nel P.T.P.C.T. 2022-2024 e relativa sezione del P.I.A.O., in risposta alla pandemia di Covid-19, che ha colpito l'economia dei paesi europei ed in particolar modo l'Italia, l'Unione Europea ha emanato il Next Generation EU (NGEU), un programma di notevole portata, che prevede il conseguimento di importanti riforme per accelerare la transizione ecologica e digitale, per migliorare la formazione dei lavoratori, nonché una maggiore equità di genere, territoriale e generazionale, mediante ingenti risorse economiche.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), le cui misure urgenti sono state introdotte con la legge 29 dicembre 2021, n.233, di conversione del D.L. 6 novembre 2021, n.152, in vigore dal 01/01/2022, è il documento strategico che il Governo italiano ha predisposto per accedere ai fondi del programma Next Generation EU (NGEU). Tale documento, presentato dall'Italia il 30 aprile 2021 alla Commissione Europea, ed approvato il 13 luglio 2021, comprende i seguenti obiettivi:

- rilanciare il Paese dopo la crisi pandemica, stimolando una transizione ecologica e digitale;
- favorire un cambiamento strutturale dell'economia, a partire dal contrasto alle diseguaglianze di genere, territoriali e generazionali.

Il PNRR si pone l'obiettivo di rilanciare la struttura economico-sociale del Paese puntando in particolare sulle leve della digitalizzazione, della transizione ecologica e dell'inclusione sociale, descrivendo le priorità di investimento per un arco temporale di 5 anni, a cominciare dalla seconda metà del 2021, e da completare e rendicontare entro la fine del 2026, secondo un cronoprogramma degli interventi e sul raggiungimento dei relativi milestone e target, nel periodo 2021-2026.

Esso consta di 6 Missioni principali, ciascuna delle quali rappresenta un'area tematica di investimento:

- Missione 1: Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo
- Missione 2: Rivoluzione verde e transizione ecologica
- Missione 3: Infrastrutture per una mobilità sostenibile
- Missione 4: Istruzione e ricerca
- Missione 5: Inclusione e coesione
- Missione 6: Salute

Ognuna di queste Missioni si rivolge agli attori del settore corrispondente sia del settore privato, che della Pubblica Amministrazione.

Pertanto, in attuazione D.L. n. 77 del 31 maggio 2021, recante "Governance del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure", le Amministrazioni Centrali e gli enti locali (Regioni, Province, Comuni), devono provvedere alla realizzazione degli interventi previsti dal PNRR per l'espletamento degli adempimenti previsti dal Regolamento (UE) 2021/241.

Gli ambiti di intervento di tali missioni riguardano anche la sanità pubblica. La Missione 6, nello specifico, la salute, settore già di per se critico, che in questi ultimi due anni, determinati dal Covid-19, ha dovuto affrontare sfide di portata mondiale e storica. L'impatto di tale emergenza sanitaria sui sistemi sanitari ha messo in evidenza l'importanza dei principi basilari del nostro SSN nel quale il benessere della persona è posto al centro dell'azione politica: universalità, eguaglianza ed equità.

Gli investimenti e le riforme proposte in quest'ambito riguardano due obiettivi principali:

- 1 - potenziare la capacità di prevenzione e cura del sistema sanitario nazionale a beneficio di tutti i cittadini, garantendo un accesso equo e capillare alle cure;
- 2 - promuovere l'utilizzo di tecnologie innovative nella medicina.

Obiettivo di tale Missione è il miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio attraverso il potenziamento e la creazione di strutture e presidi territoriali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, con la finalità di raggiungere il 10 per cento della popolazione con più di 65 anni, in particolare coloro che hanno patologie croniche o non sono autosufficienti, e lo sviluppo della telemedicina e dell'assistenza remota, mediante l'attivazione di 602 Centrali Operative Territoriali.

Tutto ciò per una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari.

Tali misure sono integrate da progetti per il rinnovamento e l'ammodernamento del parco tecnologico e delle attrezzature per diagnosi e cura, mediante l'acquisto di nuove grandi attrezzature, e delle infrastrutture ospedaliere, con interventi di adeguamento antisismico.

Altre azioni sono previste per il completamento e la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico ed, in generale, per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Ulteriori importanti interventi sono previsti per la ricerca scientifica e per favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN mediante specifici programmi di formazione per il personale medico e amministrativo.

Le risorse del PNRR, pertanto, consentiranno di intervenire sulla sanità territoriale, con il potenziamento della telemedicina, delle cure domiciliari e con l'implementazione delle Case della Comunità, al fine di favorire una sanità di prossimità per i cittadini, soprattutto in riferimento alla presa in carico delle fragilità e delle cronicità.

Fondamentali quindi gli investimenti sull'innovazione tecnologica, sulla formazione e sul rinnovamento delle competenze professionali, fondamentali per fornire al personale gli strumenti necessari per ampliare i servizi della rete territoriale e favorire le cure intermedie.

Tali obiettivi di livello strategico dal contesto nazionale devono trovare attuazione a livello territoriale. Pertanto, per il tramite del Ministero della Salute, nel contesto della Regione Siciliana, a cura dell'Assessorato Regionale della Salute - Dipartimento per la Pianificazione Strategica, verranno perfezionati i Contratti Istituzionali di Servizio (CIS), per ciascuno degli interventi di ogni Linea della Missione 6, rispetto ai quali per la fase di programmazione sono stati individuati i RUP, come previsto dal Codice dei Contratti.

La suddetta Missione 6 (15,63 miliardi), in particolare, si articola in due componenti:

- M6.C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale (7 miliardi)
- M6.C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (8,63 miliardi)

Gli obiettivi generali indicati nel PNRR per la Missione M6.C1 sono i seguenti:

- potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- sviluppare la telemedicina e superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Gli obiettivi generali indicati nel PNRR per la Missione M6.C2 sono i seguenti:

- sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici;
- rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario;
- potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure, valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dall'analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni.

Ciascuna componente, a sua volta, è divisa in tre Linee, di cui:

Componente 1 (affidente alle ASP)

- Case della Comunità (CdC)
- Centrali Operative Territoriali (COT)
- Ospedali di Comunità (OdC)

Componente 2

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

Tali Contratti Istituzionali di Sviluppo, da sottoscrivere entro il 30 giugno con il Ministero della Sanità, conterranno una prima programmazione di massima, che rispecchia nel dettaglio il contenuto del relativo Decreto Ministeriale.

Nel contesto Siciliano sono previsti fondi per circa 797 milioni di euro.

Nell'ambito dell'A.S.P. di Messina, dopo una fase di ricognizione, sono stati individuate in origine le strutture per le quali sono stati gli interventi di adeguamento sismico e rafforzamento, come di seguito riportate:

COMPONENTE 1

- 21 Case della Comunità, nei Comuni di seguito riportati.
 - Taormina, c/da Marfaele
 - Santa Domenica Vittoria
 - Messina, Area ex P.O. Mandalari
 - Messina, Via del Vespro
 - Messina, Pistunina
 - Roccalumera, via Marco Polo, 20
 - Milazzo, ex P.O. Vaccarella
 - Valdina
 - Lipari
 - Barcellona P.G., Via Cattafi
 - Montalbano Elicona

- Novara di Sicilia, Cia San Salvatore
- Patti, Via Cattaneo
- San Piero Patti, Via Profeta
- S. Agata Militello, Via Catania
- Castell'Umberto, Via Cesare Battisti
- Capo d'Orlando, Via Stanislao Mancini
- Santo Stefano di Camastra, Via G. Garibaldi
- Mistretta, Via G. Verga
- San Salvatore di Fitalia
- Brolo, Poliambulatorio

- 7 Centrali Operative Territoriali (COT)

- Taormina, c/da Marfaele
- Messina, Mandalari
- Milazzo, ex P.O. Vaccarella
- Lipari
- Barcellona P.G., ex P.O.
- Patti, Via Cattaneo
- S. Agata Militello, Via Catania

- 6 Ospedali di Comunità (OdC)

- Taormina, c/da Marfaele
- Messina, Mandalari
- Milazzo, ex P.O. Vaccarella
- Barcellona P.G., ex P.O.
- S. Agata Militello, Via Catania
- Patti

COMPONENTE 2

- 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*

Al fine di consentire il perfezionamento dei Piani Operativi Regionali, comprensivi di Action Plan e delle Schede di Intervento, indefettibile per la sottoscrizione dei Contratti Istituzionali di Sviluppo, si è proceduto innanzitutto alla individuazione, con disposizioni, di un Gruppo di lavoro interno, i cui componenti sono stati identificati con i responsabili delle strutture aziendali coinvolte e precisamente, la U.O.C. Provveditorato, la U.O.C. Tecnico, la U.O.C. Patrimonio, la U.O. Ingegneria Clinica (per quanto riguarda le Grandi Apparecchiature), la U.O.C. Gestione Personale Dipendente, un programmatore del CED (per quanto riguarda la Digitalizzazione dei DEA).

Sono stati posti in essere gli adempimenti necessari in merito, tra cui, con deliberazione n.1259/CS del 16/03/2022, modificata con deliberazione n.1433/CS del 16/03/2022, si è proceduto all'individuazione dei Responsabili Unici del Procedimento (RUP) incaricati della compilazione delle schede di intervento dei progetti relativi al PNRR, giusta nota prot. n.234 del 08/03/2022 del Ministero della Salute e pedissequa nota prot. n.14653 dell'11/03/2022

dell'Assessorato Regionale della Salute – Dipartimento per la Pianificazione Strategica. Con Decreto del 05/04/2022, il Ministero della Salute ha approvato lo schema di Contratto Integrativo Regionale (CIS) con allegato POR, contenente obblighi e adempimenti connessi. In data 330/05/2022 è stato sottoscritto il CIS tra Ministero della salute e Regione Siciliana. Con deliberazione n.4992/CS del 06/12/2022, cui si rinvia per gli specifici contenuti, sono state apportate modifiche parziali (n.7 interventi ricompresi nel CIS, di cui 2 COT, 3 CDC e 3 ODC, per nuova sede).

Le connesse attività cui sono connessi i relativi finanziamenti, dopo la programmazione a livello regionale, sono in una fase di realizzazione.

Si riportano a seguire le aree di rischio afferenti alle attività da porre in essere e ai conseguenti processi da mappare:

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

Riguardo all'attività posta in essere dalle UU.OO. aziendali interessate, come indicato nel PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, è stato richiesto alle stesse di relazionare in merito (nota prot. n.170041 del 21/12/2022) prendendo in considerazione a eventuale predisposizione di apposita sottosezione denominata "Attuazione Misure PNNR", per la quale è stato sottoposto il parere all'OIV aziendale e al DPO (limitatamente alla protezione dei dati personali).

In merito al PNRR ha relazionato la U.O.C. Patrimonio, la quale si è impegnata a collaborare con la Direzione strategica per il censimento delle strutture idonee ad ospitare COT, C.d.C. e Ospedali di Comunità, per le quali prevedere la realizzazione con i requisiti minimi strutturali. A tal fine, la predetta U.O.C. si è attivata per valutare e censire le strutture di proprietà dell'A.S.P.; nei Comuni in cui non vi è la disponibilità di proprie strutture questa UOC si è attivata a reperire immobili idonei. Dalla copiosa corrispondenza intercorsa con alcuni Comuni, sono stati successivamente effettuati sopralluoghi ed informato la UOC Tecnico e la Direzione Strategica. A seguito di verifica della documentazione ricevuta dai RUP relativa agli immobili oggetto di PNRR per i Comuni coinvolti (Montalbano Elicona, Santo Stefano di Camastra, Valdina e Santa Domenica Vittoria), si è proceduto con la redazione di protocolli d'intesa per la stipula dei contratti di comodato d'uso gratuito e successivamente per i contratti di comodato d'uso gratuito.

Dall'A.S.P. di Messina sono stati sottoscritti 4 contratti di comodato d'uso gratuito per la realizzazione di Case di Comunità: con le delibere n.3727/CS del 09/09/2022, n.3738/CS, n. 3739/CS e n.3740/CS del 13/09/2022, si è preso atto dei contratti di Comodato d'uso gratuito per la realizzazione di Case di Comunità nei comuni di Santo Stefano di Camastra, Montalbano Elicona, Valdina e Santa Domenica Vittoria. Inoltre, la U.O.C. si è interessata del reperimento dei locali in cui trasferire, momentaneamente, gli uffici coinvolti dai lavori del PNRR ed informare la Direzione Strategica al fine di disporre i relativi trasferimenti di personale e materiale. Sono stati anche previsti incontri con i RUP e i Direttori dei Distretti al fine di affrontare con la massima sinergia tutti gli adempimenti utili alla realizzazione del PNRR.

La U.O.C. Provveditorato ha relazionato in merito all'obiettivo M6 C2 Componente 2 - Ammodernamento tecnologico – Grandi apparecchiature, per il quale sono state adottate le seguenti deliberazioni:

Normativa di riferimento	Delibera di riferimento	Oggetto
Legge 29/12/2021, n.233 (PNRR)	4059/CS del 30/09/2022	ADESIONE AL CQ CONSIP "ECOTOMOGRFI COMPUTERIZZATI (TC 128 STRATI IN ACQUISTO)"PER N. 4 APPARECCHIATURE DA DESTINARE AI PP.OO. DI TAORMINA (UOC DI

		RADIODIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIOTERAPIA), BARCELLONA P.G. E MISTRETTA (UOC DI RADIODIAGNOSTICA PER IMMAGINI) - PNRR MISSIONE 6 - AUTORIZZAZIONE AD EMETTERE O.D.A. SU APPARECCHIATURE O.E. GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA (1° AGGIUDICATARIO).
Legge 29/12/2021, n.233 (PNRR)	4343/CS del 21/10/2022	ADESIONE AL CQ CONSIP TOMOGRAFI A RISONANZA MAGNETICA (RM) 2 - LOTTO N. 1 PER LA FORNITURA DI N. 1 TOPOGRAFO RM DA DESTINARE ALL'UOC DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DEL P.O. DI TAORMINA NELL'AMBITO DEL PNRR MISSIONE 6 - COMPONENTE 2 - GRANDI APPARECCHIATURE. AUTORIZZAZIONE AD EMETTERE ODA PER L'O.E. GE MEDICAL SYSTEMS ITALIA - MODELLO SIGNA ARTIST (III AGGIUDICATARIO) (CUP J89I22000020006 CIG 9456532114)
Legge 29/12/2021, n.233 (PNRR)	4422/CS del 26/10/2022	ADESIONE AL CQ CONSIP MAMMOGRAFI DIGITALI CON TOMOSINTESI - LOTTO 1 - PER LA FORNITURA DI N.3 MAMMOGRAFI DIGITALI CON TOMOSINTESI ALLE UU.OO.CC. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI DEI PP.OO. DI TAORMINA E MILAZZO ED ALLA U.O.C. DIAGNOSTICA PER IMMAGINI TERRITORIALE, NELL'AMBITO DEL PNRR MISSIONE 6 - COMPONENTE 2 - GRANDI APPARECCHIATURE. AUTORIZZAZIONE AD EMETTERE O.D.A. PER L'O.E. SIEMENS HEALTHCARE - MODELLO MAMMOMAT REVELATION (II AGGIUDICATARIO) (CUP: J89I22000040006; J49I22000010006; J59I22000120006 - CIG: 9464175447; 9464246EDB; 94642691DA).
Legge 29/12/2021, n.233 (PNRR)	166/CS del 13/01/2023	ADESIONE AL CQ CONSIP ACCELERATORI LINEARI, SISTEMI PER RADIOTERAPIA (GATING, AGR E DOSIMETRIA) PER LA FORNITURA DI N.1 ACCELERATORE LINEARE DA DESTINARE AL P.O. DI TAORMINA - U.O.C. RADIOTERAPIA NELL'AMBITO DEL PNRR MISSIONE 6 - COMPONENTE 2 - GRANDI APPARECCHIATURE. AUTORIZZAZIONE AD EMETTERE O.D.A.

La U.O.C. Tecnico, rispetto agli adempimenti posti in essere riguardo agli obiettivi del PNRR e PNC, ha prodotto elencazione delle deliberazioni adottate al 31/12/2022, che si riportano a seguire, in relazione alle strutture interessate, avuto riguardo alla normativa di riferimento: D.L. 76/20 conv. in L. n.120/20 e DL n. 77/21 conv. in L. n.108/21.

CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI							
<i>SEDE</i>	<i>Delibera Conferim. Incarico di PE, DL, CSE</i>	<i>Data di pubblicazione</i>	<i>Disciplinare d'incarico</i>	<i>Delibera indizione gara / Affidamento</i>	<i>Data di pubblicazione</i>	<i>Entrata in vigore</i>	<i>Normativa di riferimento</i>
Barcellona P.G. Via Risorgimento	3632/CS del 02.09.2022	04/09/2022	14/09/2022	5275/CS del 27.12.2022	01/01/2023	Prov. immediat. esecutivi	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Taormina C/da Marfaele (sede variata S.	3633/CS del 02.09.2022	04/09/2022	14/09/2022	5278/CS del 27.12.2022	01/01/2023	Prov. immediat. esecutivi	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20

Alessio Poliambulatorio Via Siena)							DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Mandalari V.le Giostra	3634/CS del 02.09.2022	04/09/2022	14/09/2022	5279/CS del 27.12.2022	01/01/2023	Prov. immed. esecutivi	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Milazzo – Vaccarella (sede variata ex INAM Via Impallomeni)	3635/CS del 02.09.2022	04/09/2022	14/09/2022	5277/CS del 27.12.2022	01/01/2023	Prov. immed. esecutivi	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Lipari Via San Giorgio	3636/CS del 02.09.2022	04/09/2022	14/09/2022	5280/CS del 27.12.2022	01/01/2023	Prov. immed. esecutivi	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Patti Via Cattaneo	3637/CS del 02.09.2022	04/09/2022	14/09/2022	5276/CS del 27.12.2022	01/01/2023	Prov. immed. esecutivi	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Sant'Agata di Militello Via Catania	3638/CS del 02.09.2 (Revocato) 3827/CS del 16.09.2022	04/09/2022 18/09/2022	19/09/2022	5274/CS del	01/01/2023	Prov. immed. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
CASE DI COMUNITA'							
<i>SEDE</i>	<i>Delibera Conferimento Incarico di PFTE -DL-CSE</i>	<i>Data di pubblicazione</i>	<i>Disciplinare d'incarico</i>	<i>Delibera approv. per indizione gara appalto integrato Invitalia</i>	<i>Data di pubblicazione</i>	<i>Entrata in vigore</i>	<i>Normativa di riferimento</i>
Capo d'Orlando via Stanislao Mancini	4621/CS del 11/11/2022	13/11/2022	24/11/2022			Prov. immed. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Montalbano Elicona via S. Pertini	4626/CS del 11/11/2022	13/11/2022	25/11/2022			Prov. immed. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Novara di Sicilia via S. Salvatore	4627/CS del 11/11/2022	13/11/2022	24/11/2022			Prov. immed. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Mistretta via G. Verga	4630/CS del 11/11/2022	13/11/2022	05/12/2022			Prov. immed. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Castell'Umberto via C. Battisti	4631/CS del 11/11/2022	13/11/2022	24/11/2022			Prov. immed. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv.

							in L n. 108/21
S. Agata Milit. v. Catania	4632/CS del 11/11/2022	13/11/2022	28/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Valdina Sp 58 Tracocchia	4633/CS del 11/11/2022	13/11/2022	14/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Barcellona P.G. via S. Cattafi	4685/CS del 15/11/2022	20/11/2022	24/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Taormina c/da Marfale oggi S. Alessio Poliamb.	4686/CS del 15/11/2022	20/11/2022	28/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
S. Domenica Vittoria	4687/CS del 15/11/2022	20/11/2022	24/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Patti via Cattaneo	4688/CS del 15/11/2022	20/11/2022	28/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Brolo via Kennedy	4689/CS del 15/11/2022	20/11/2022	23/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Lipari via S. Giorgio	4690/CS del 15/11/2022	20/11/2022	28/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Messina via Del Vespro	4691/CS del 15/11/2022	20/11/2022	29/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Roccalumera via M. Polo	4692/CS del 15/11/2022	20/11/2022	24/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Messina Mandalari v.le Giostra	4693/CS del 15/11/2022	20/11/2022	14/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Messina Pistunina	4695/CS del 15/11/2022	20/11/2022	25/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21

S. Stefano di Camastra v. Garibaldi oggi scuola M. Gomez	4696/CS del 15/11/2022	20/11/2022	28/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Milazzo ex PO Vaccarella oggi Pol. ex Inam	4697/CS del 15/11/2022	20/11/2022	24/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
S. Piero Patti via Profeta	4779/CS del 18/11/2022	20/11/2022	11/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
S. Salvatore di Fitalia via Caduti	4780/CS del 18/11/2022	20/11/2022	24/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21

OSPEDALI DI COMUNITA'

<i>SEDE</i>	<i>Delibera Conferimento Incarico di PFTE -DL-CSE</i>	<i>Data di pubblicazione</i>	<i>Disciplinare d'incarico</i>	<i>Delibera approv. per indizione gara appalto integrato Invitalia</i>	<i>Data di pubblicazione</i>	<i>Entrata in vigore</i>	<i>Normativa di riferimento</i>
Barcellona P.G. Via Risorgimento	4597/CS del 09/11/2022	13/11/2022	25/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Taormina ex PO S. Vincenzo	4598CS del 09/11/2022	13/11/2022	25/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Patti Case Nuovo Russo	4599/CS del 09/11/2022	13/11/2022	05/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Messina Mandalari v.le Giostra V Uomini	4628/CS del 11/11/2022	13/11/2022	28/11/2002			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
S. Agata Milit. v. Catania	4629/CS del 15/11/2022	20/11/2022	02/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
Messina Mandalari v.le Giostra II OdC V Uomini	4694/CS del 11/11/2022	13/11/2022	14/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21

OSPEDALI SICURI

<i>SEDE</i>	<i>Delibera Conferimento Incarico di:</i>	<i>Data di pubblicazione</i>	<i>Disciplinare d'incarico</i>	<i>Delibera approv. per indizione gara appalto integrato Invitalia</i>	<i>Data di pubblicazione</i>	<i>Entrata in vigore</i>	<i>Normativa di riferimento</i>
P.O. Patti	PFTE 4526/CS del 04/11/2022 finanz. PNRR	06/11/2022	02/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
P.O. Taormina	PFTE 4527/CS del 04/11/2022 finanz. PNRR	06/11/2022	24/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
P.O. Barcellona P.G	PFTE 4528/CS del 04/11/2022 finanz. PNRR	06/11/2022	23/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
P.O. Mistretta	PFTE - CSE 4529/CS del 04/11/2022 finanz. PNC	06/11/2022	25/11/2022			Prov. immediat. esecutivi	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
P.O. Milazzo	PFTE 4530/CS del 04/11/2022 finanz. PNRR	06/11/2022	23/11/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
P.O. Lipari	PFTE - DL 4564/CS del 07/11/2022 finanz. PNC	13/11/2022	14/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21
P.O. S. Agata Militello	PFTE - DL 4569/CS del 08/11/2022 finanz. PNC	13/11/2022	01/12/2022			Prov. immediat. esecutivo	D.Lgs n. 50/16 e smi L n. 120/20 DL n. 77/21 conv. in L n. 108/21

Riguardo alle scadenze del PNRR, nel merito è intervenuto il Presidente dell'ANAC, Busia, con specifico riferimento alla programmazione per Milestone e Target fissati nel PNRR, facendo rilevare che è opportuno rinegoziare alcune scadenze legate al PNRR. "Dobbiamo dirci con grande franchezza che il termine del 2026 è una data convenzionale, ma noi dobbiamo lavorare per il 2030, per il 2050, per le generazioni future. Quindi, non tutti i Progetti è bene che siano conclusi in fretta entro il 2026. Vanno valutati costi e benefici per i singoli Investimenti, distinguendo fra Riforme urgenti e Interventi meno urgenti".

MISURE TRASVERSALI

Questa sezione del Piano, come indicato anche nel PNA 2019, contiene le misure indicizzate nel PNA come "Misure obbligatorie e ulteriori", applicabili trasversalmente ai diversi settori di attività dell'Amministrazione.

Tra le misure trasversali, la **TRASPARENZA** assume particolare rilievo, per le innovazioni normative previste dai recenti documenti ANAC e che implementano il Piano, e pertanto sarà oggetto di specifica **SEZIONE**.

CODICE DI COMPORTAMENTO

Come rappresentato nei precedenti P.T.P.C.T., l'A.S.P. di Messina, al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, ha immediatamente applicato il D.P.R. n. 62/2013, adottando il proprio Codice di Comportamento con deliberazione del Commissario Straordinario n.4354/CS del 30/12/2013.

Facendo seguito a quanto previsto dalla Determinazione ANAC n.12/2015, nel corso del 2016 e del 2017 si è proceduto all'aggiornamento del Codice, elaborato nell'ambito di un'attività di scambio tra l'Ufficio Procedimenti Disciplinari e l'Ufficio del RPCT. Tale attività congiunta ha tenuto conto, in ossequio a quanto disposto dalle Linee Guida dell'ANAC, di tutte le direttive ivi contenute, integrando in un unico testo le norme del DPR n.62/2013 e le specifiche sezioni caratterizzanti l'ambito sanitario dell'Ente e le problematiche più rilevanti dell'amministrazione in materia di comportamenti corruttivi, con il rimando ai documenti contenenti codici e regolamenti aziendali, che vi risultano in tal modo integrati o integrabili.

Il nuovo Codice di Comportamento aziendale ha affrontato le prescritte procedure di partecipazione previste dalla legge, rispettando la tempistica stabilita, e ottenendo contributi dal Comitato Consultivo Aziendale, e, dopo aver integrato le osservazioni dell'OIV, è stato adottato con Deliberazione n.2304/DG del 03/08/2017 e portato a conoscenza di tutto il Personale, nonché dei soggetti tenuti alla sua osservanza.

Il Codice di Comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, in conseguenza, indirizzano l'azione amministrativa. A tal fine, ogni articolo del Codice consta di una sezione generale che recepisce il corrispondente articolo del DPR n.62/2013, quale base giuridica di riferimento, e di una sezione denominata "specifiche regole aziendali", che ne integra le previsioni in rapporto alla specificità aziendale, collegandole con le norme etiche, deontologiche e regolamentari dell'Ente.

L'aggiornamento del Codice è stato accompagnato da un'intensa attività svolta dall'Ufficio del RPCT nel sostegno alla predisposizione di diversi documenti, alcuni dei quali suggeriti dalle criticità emerse in specifiche aree di rischio, altri richiesti dalle indicazioni ANAC.

Rispetto alle prime, si è supportata l'attività legata all'approfondimento delle norme comportamentali di particolari settori, che si è tradotta nel perfezionamento del Codice di Comportamento del personale ispettivo del Dipartimento di Prevenzione Veterinario e del Codice di Comportamento del Dipartimento di Prevenzione, nella stesura del Codice di Comportamento del personale ispettivo SPRESAL, e del Regolamento sulla Procedura per uniformare il processo di rilascio della certificazione/relazione psicologica.

In applicazione delle indicazioni ANAC, Determina n.12/2015, è stato inoltre esitato, in collaborazione con l'UO Formazione, il Regolamento sulla partecipazione dei dipendenti ad eventi sponsorizzati.

È in fase di stesura il Regolamento aziendale per la ripartizione dei proventi derivanti dalle attività di sperimentazioni cliniche, primo atto dell'A.S.P., teso a regolamentare uno dei settori specifici indicati dall'ANAC tra quelli a maggior rischio in Sanità.

Il monitoraggio sullo stato di applicazione del Codice evidenzia un aumento tanto dei procedimenti disciplinari per violazione dei codici dell'amministrazione esitati in sanzioni quanto dei procedimenti per fatti penalmente rilevanti.

La sensibilità del Codice di Comportamento, in quanto misura del PTPCT, nel fare emergere le violazioni e sanzionarle è indice della sua capacità di contrastare il fenomeno corruttivo, intercettando i comportamenti a rischio.

Il Codice di Comportamento fornisce precise indicazioni sulle condotte eticamente e giuridicamente adeguate nelle diverse situazioni critiche, individuando nei componenti dell'U.P.D. il riferimento per un eventuale confronto in caso di dubbio circa il comportamento da seguire. Alla responsabilità dell'U.P.D. è rimessa la verifica nei casi di violazione del Codice di Comportamento, curando in particolare che risulti chiaro quali sono le autorità competenti allo svolgimento del procedimento e all'irrogazione delle sanzioni disciplinari anche nei confronti dei dirigenti.

Il Codice di Comportamento aziendale prevede espressamente l'obbligo di rispettare le misure contenute nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" dell'Azienda, di prestare collaborazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalare al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui si sia venuto a conoscenza.

I contenuti del Codice di Comportamento sono stati coordinati con il sistema di misurazione e valutazione della performance, nel senso della rilevanza del rispetto del codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall'ufficio. Infatti, oltre agli effetti di natura disciplinare, penale, civile, amministrativa e contabile, le eventuali violazioni al codice rilevano anche in ordine alla misurazione e valutazione della performance.

Il Codice di Comportamento incoraggia inoltre l'emersione di valori positivi all'interno e all'esterno dell'amministrazione, chiamando in causa in modo precipuo i Dirigenti.

Il Codice di Comportamento si applica a tutti i dipendenti e agli specialisti convenzionati interni dell'A.S.P. e prevede l'estensione anche nei confronti dei collaboratori e consulenti a qualsiasi titolo dell'amministrazione. Ai sensi della L. n.190/2012, la violazione delle regole del Codice di Comportamento generale approvato con D.P.R. n.62/2013 e del Codice di Comportamento aziendale dà luogo a responsabilità disciplinare.

Negli schemi tipo di incarico, contratto, bando è stata inserita la condizione dell'osservanza del Codice di Comportamento, che costituisce clausola per i collaboratori interni ed esterni a qualsiasi titolo dell'Azienda, per i titolari di organo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'Azienda, per l'instaurarsi del rapporto di lavoro, nonché è stata prevista la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice. Per favorire l'adeguamento completo degli atti alle prescrizioni dell'art. 2 del D.P.R. 62/2013, si è provveduto ad inserire, nel 2016 e nel 2017, specifici obiettivi all'interno del ciclo delle performance.

Nel 2019 la UOC Gestione Personale Dipendente ha predisposto l'aggiornamento del Codice di Disciplina, adottato con delibera n.546/CS del 07/03/2019; nel 2020, con delibera n.90/DG del 15/01/2020, la UOC Gestione Personale Dipendente ha, altresì, adottato la scheda di monitoraggio e verifica del rispetto del Codice di Comportamento aziendale aggiornato con delibera n.2304/DG del 03/08/2017.

La formazione per la corretta conoscenza e applicazione del Codice è inserita in modo continuo, su input del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, nel Piano Formativo Aziendale: il P.F.A. "Piano Nazionale Anticorruzione e Codice di Comportamento per la Funzione Pubblica", di cui si sono svolte già 16 edizioni, al fine di formare e informare i dipendenti e tenere viva l'attenzione sui temi della legalità, con particolare riguardo agli aggiornamenti contenuti nel Codice e alle relative ricadute sull'attività amministrativa dell'Ente.

Con le medesime finalità, anche nell'edizione 2019 di Formazione Specifica dedicate al GDPR 679/2016, destinate ai Direttori delle Strutture Complesse maggiormente esposte al rischio corruttivo, è stato inserito uno spazio di approfondimento sul conflitto di interesse e l'esame delle violazioni del Codice di Comportamento realizzato dall'Ufficio del RPCT.

Il Codice di Comportamento dell'A.S.P. di Messina è stato oggetto di ulteriore aggiornamento ai sensi della normativa inerente l'utilizzo di social network da parte dei dipendenti pubblici; nel contempo sono state apportate modifiche anche rispetto alla compliance alla L.179/2017 (Whistleblowing) e le relative linee Guida ANAC n.469/2021.

A seguito della prescritta procedura come da Linee Guida di cui alla Delibera Civit n.75/22013 e successive Linee Guida n.177/2020, che ha visto la predisposizione dell'aggiornamento da parte del RPCT di concerto con l'UPD (in seduta congiunta delle Aree Comparto, Dirigenza e Specialisti Ambulatoriali), previsto parere del DPO circa la compliance in materia di protezione dei dati personali, dopo la consultazione pubblica mediante procedura aperta per eventuali contributi degli stakeholders, dall'01/12/2022 all'11/12/2022 (nessun contributo pervenuto), la bozza approvata con modifiche dall'UPD è stata trasmessa all'O.I.V. per il prescritto parere. Tale Organismo, con verbale n.7 del 21/12/2022, ha dato ulteriori indicazioni nei contenuti di tale bozza. Con deliberazione n.5303/CS del 28/12/2022 è stato adottato dal Commissario Straordinario l'aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale, su proposta del RPCT. Di tale aggiornamento è stata data ampia diffusione ai Direttori delle strutture aziendali e a tutti i dipendenti.

Si rappresenta, altresì, che anche nel PFA 2023, adottato con deliberazione n.5237/CS del 23/12/2022, sempre su input del RPCT, è stata data prosecuzione al percorso di formazione avviato negli anni precedenti sul PNA e sul Codice di Comportamento, in tema di formazione "generale", con approfondimenti sul PNA 2019, riguardo alla formazione "specificata". Inoltre è stata prevista la formazione, sia "generale" che "specificata" in tema di antiriciclaggio. Sarà cura del RPCT aggiornare la predetta formazione in merito ai contenuti riguardo alla nuova normativa in materia di P.I.A.O..

ROTAZIONE DEI DIPENDENTI

Il PNA 2016 ha dedicato particolare attenzione alla "rotazione del personale", considerata "misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione".

L'alternanza negli incarichi riduce il rischio che un dipendente pubblico, interessandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e da cui ne consegue l'instaurazione di relazioni sempre con gli stessi utenti, "possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate". Tale misura deve essere vista come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane, con il quale contribuire alla formazione del personale, con l'accrescimento delle conoscenze e della preparazione professionale del lavoratore, nonché una tra le diverse misure di cui le amministrazioni possono disporre in materia di prevenzione della corruzione, da attuare con logica complementarietà con le altre misure.

Nel PNA 2019 viene dato particolare rilievo alla rotazione "ordinaria", tant'è che è stato dedicato un intero allegato (Allegato 2 al PNA 2019), nel quale vengono indicati l'ambito oggettivo, i vincoli alla rotazione (*soggettivi* - inerenti eventuali diritti individuali dei dipendenti, come ad esempio diritti sindacali, L.104/92 e D.Lgs. 151/2001; *oggettivi* - nel caso di competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa, la c.d. infungibilità, abilitazioni professionali o iscrizioni in particolari albi), rotazione e formazione, misure alternative, e programmazione della rotazione, con riferimento sia al personale dirigenziale che a quello non dirigenziale, mediante apposita regolamentazione.

Oltre alla "rotazione ordinaria" di cui sopra la normativa prevede la "rotazione straordinaria". Tale forma di rotazione è disciplinata nel D.Lgs. 165/2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater,

secondo cui «*I dirigenti di uffici dirigenziali generali provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*». Sono da considerare potenzialmente integranti le condotte corruttive i reati contro la Pubblica amministrazione e, in particolare, quelli richiamati dal D.Lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «*Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione*», nonché quelli indicati nel D.Lgs. 31 dicembre 2012, n.235.

Con Delibera n.215 del 26 marzo 2019, recante "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l quater, del D.Lgs. n.165 del 2001", l'ANAC, oltre a specifici richiami al PNA 2019 e agli aggiornamenti 2017 e 2018 del PNA, ha condotto un'attenta analisi della normativa di riferimento, arrivando a determinante conclusioni circa la predisposizione da parte dell'ordinamento, con ritmo crescente, di "tutele, di tipo preventivo e non sanzionatorio, volte ad impedire l'accesso o la permanenza nelle cariche pubbliche di persone coinvolte in procedimenti penali, nelle diverse fasi di tali procedimenti", constatando, altresì, il non completo coordinamento tra le discipline sotto diversi profili: individuazione delle amministrazioni interessate; i soggetti interni alle amministrazioni interessati dalle diverse norme; i reati che impongono l'adozione di queste misure. Infine, è stata rilevata la diversità di disciplina quanto alle conseguenze del procedimento penale, in particolare sulla durata e sull'ampiezza delle misure interdittive. È prevista l'adozione di uno specifico regolamento, sia per la rotazione ordinaria che per quella straordinaria".

Nelle predette linee guida sulla rotazione straordinaria l'ANAC fa rilevare che la rotazione straordinaria è un provvedimento adottato in una fase del tutto iniziale del procedimento penale, il legislatore ne circoscrive l'applicazione alle sole "condotte di natura corruttiva", le quali, creando un maggiore danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, richiedono una valutazione immediata.

Vengono quindi definite le "Finalità dell'istituto": l'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del D.Lgs. 165/2001 (lettera aggiunta dall'art. 1, co. 24, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"), dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttivi" senza ulteriori specificazioni.

Se ne desume l'obbligo per l'ASP di Messina di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Come precisato, si tratta di una "misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione".

Il Codice di Comportamento dell'A.S.P. di Messina prevede l'obbligo per i dipendenti di comunicare all'amministrazione la sussistenza, nei propri confronti, dell'avvio di procedimenti penali per fatti che riguardano la propria attività lavorativa.

Come per gli anni precedenti, anche nel 2020 la misura della rotazione "ordinaria" è stata individuata quale misura/obiettivo nelle schede di budget di tutte le UU.OO.. Già avviata e attenzionata con apposite disposizioni del Direttore Generale nel 2015, l'applicazione della misura è stata implementata e ha riguardato diverse aree territoriali, in particolar modo l'area del Dipartimento Veterinario, ove i Dirigenti Veterinari e i Veterinari Specialisti Ambulatoriali convenzionati sono stati interessati nella rotazione ordinaria su disposizione del Direttore

dell'UOC e da una rotazione straordinaria, su Disposizione del Direttore Generale, con riassegnazione degli ambiti territoriali intra – ed interdistrettuali.

L'A.S.P. di Messina ha previsto, nel proprio Atto Aziendale, la rotazione degli incarichi Dirigenziali apicali, utilizzando parametri di fungibilità delle relative professionalità, quali l'area professionale, tecnica e amministrativa e l'area medica, negli ambiti ospedalieri e dei distretti sanitari.

In ottemperanza alle suddette previsioni la Direzione Generale, applicando i criteri indicati nel PNA, nel 2016 ha effettuato la rotazione ordinaria n.10 incarichi di struttura complessa di Area amministrativa (U.O.C. Direzione Attività Amministrative e Gestione Personale Convenzionato, U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali Riuniti Milazzo – Barcellona P.G. – Lipari, U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedali Riuniti S. Agata M. Ilo – Mistretta, U.O.C. Provveditorato, U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedale di Taormina, , U.O.C. Direzione Amministrativa Ospedale di Patti, U.O.C. Affari Generali, Dipartimento Governo Servizi Amministrativi, U.O.C. Economico Finanziario, U.O.C. Gestione e Acquisizione Prestazioni Sanitarie e Socio Sanitarie, U.O.C. Gestione Personale Dipendente), con riassegnazione di funzioni e competenze, previo periodo di affiancamento e formazione.

Premessa necessaria a tale istituto di prevenzione di corruzione è la presa d'atto che a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19, laddove possibile è stato attuato il lavoro agile, c.d. "smart working" soprattutto presso le UU.OO. amministrative, ma anche presso quelle strutture presso le quali si è reso attuabile tale istituto normativo, in ossequio alle disposizioni nazionali emanate in merito, al fine di evitare assembramenti negli uffici e, quindi, scongiurare il diffondersi del virus. Tale istituto si è protratto anche nel 2021, a causa del procrastinarsi della predetta emergenza sanitaria. Si presume che tale modalità di lavoro ha certamente influito sullo svolgimento delle attività, certamente nella turnazione del personale al fine di garantire la presenza negli uffici. Da ciò si presume, altresì, che ci siano state conseguenziali rotazioni nelle assegnazioni delle funzioni.

Nel corso del 2022, per il personale afferente le UU.OO.CC. anche Amministrative, ove è già stata operata la rotazione dei Dirigenti responsabili, ancorché il conferimento di nuovi incarichi in corso d'anno (di Direttori Dipartimento, di Distretto, di U.O.C., di U.O.S., nonché n.6 incarichi a tempo determinato di dirigente amministrativo), 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 particolare, nell'anno 2022, come relazionato dai vari responsabili delle UU.OO., anche ai fini del relativo monitoraggio, sono state effettuate in particolare le seguenti rotazioni:

- Dipartimento di Salute Mentale: la rotazione dei Direttori dei Moduli dipartimentali e delle UOS può essere disposta solo dal Direttore Generale; il Direttore del Modulo Dip.le Taormina – Messina Sud è stato assegnato con delibera n.2471/DG del 12/07/2021 alla Direzione del Modulo Dip.le Barcellona – Patti; 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 UU.OO.CC.;
- Dipartimento Prevenzione Veterinario: secondo le esigenze di servizio, tenuto conto della dichiarazioni di conflitto di interessi del personale Medico Veterinario afferente alla U.O.C. SIAOA, sono state sistematicamente ruotate le assegnazioni degli stabilimenti nel caso i n cui sono stati comunicati eventuali conflitti di interesse; per la U.O.C. SIAPZ, considerato il numero esiguo di personale Medico Veterinario e MVSA, risulta impossibile la rotazione; riguardo alla U.O.C. Servizio Sanità Animale nel 1° semestre 2022 sono state effettuate nuove assegnazioni /rotazioni di aziende zootecniche;

- Dipartimento Attività Socio Sanitarie / UO Riabilitazione Adulti e Minori Area Metropolitana: la rotazione è stata effettuata con successo e partecipazione, anche relativamente al personale che fa parte delle Commissioni di Controllo e Verifica dei Centri Convenzionali e dei componenti della Commissione per il controllo di congruità sui presidi (almeno una volta l'anno e, come più volte esplicitato, 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; il supporto di un dirigente medico ha consentito l'implementazione delle attività di controllo e monitoraggio / 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;
- Dipartimento di Prevenzione: stante le problematiche inerenti la carenza di personale, non sempre è stato possibile provvedere alla rotazione dello stesso;
- U.O.C. 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;
- U.O.C. Laboratorio Sanità Pubblica: la rotazione dei dipendenti è considerata misura organizzativa preventiva, per quanto attiene alle attività di controllo analitico, di accettazione e gestione dei campioni ufficiali, è parte della organizzazione interna del servizio, resa operativa con turnazione mensile;
- U.O.C. SIAV: data la carenza di personale non è stato sempre possibile procedere alla rotazione del personale;
- U.O.C. SIAN: in funzione della specificità delle competenze per le prestazioni rese dal personale afferente al SIAN, in particolare per i 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;
- U.O.C. SPRESAL: rotazione del 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;
- U.O.C. 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 2022 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 Messina: si è proceduto ad effettuare gli interventi di rotazione possibili compatibilmente con le risorse disponibili;
- Distretto Sanitario di Milazzo: già effettuata negli anni 2016-2017-2018-2019-2020-2021. Nel 2022 sono state assegnate due unità di personale all'Ufficio Liquidazioni;
- Distretto Sanitario di Barcellona PG: Non è stata effettuata la rotazione, sia perché effettuata in precedenza, sia per mancanza di personale da affiancare;
- Distretto Sanitario di Patti: non è possibile attuare la rotazione a causa della carenza di personale che non consente il periodo di tutoraggio ed apprendimento necessario (almeno 6 mesi di affiancamento) per acquisire abilità, competenze ed esperienze necessarie per svolgere al meglio la propria attività e consentire la rotazione degli incarichi.
- Distretto Sanitario di Mistretta: è stata effettuata la rotazione del personale compatibilmente con la carenza di personale sanitario e amministrativo;
- Distretto Sanitario di Lipari: è stata effettuata la rotazione compatibilmente con la carenza di personale;
- U.O.C. Patrimonio: oltre alle variazioni in entrata e in uscita dall'UOC, nel 1 semestre 2022 sono stati assegnati 3 coadiutori amministrativi ed un collaboratore amm.vo oltre ai 2 collaboratori del 2021 per cui la rotazione è avvenuta in maniera naturale;
- U.O.C. Coordinamento Attività Consultoriali: non è stato possibile effettuare la rotazione per la carenza di Dirigenti assegnati alla U.O.;

- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale: compatibilmente con la dotazione organica disponibile, si è proceduto ad una rotazione del personale nello svolgimento di alcune attività di competenza; in particolare, al fine di garantire l'operatività nelle attività di ricezione e verifica ricette SSN previste nei primi 10 giorni di ogni mese, si è provveduto ad alternare tutto il personale amministrativo disponibile con un calendario turni mensile;
- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera: la turnazione è stata effettuata compatibilmente con l'organico disponibile;
- U.O.C. Servizio Legale: si attua un'adeguata rotazione nel conferimento degli incarichi compatibilmente al mansionario di inquadramento dei dipendenti;
- U.O.C. Ospedalità Privata: si ribadisce l'enorme difficoltà di attenersi alla misura della rotazione a causa dell'esiguità del personale in dotazione, aggravata da assenze di personale dovute a L.104/92 e aspettativa, che a rendono ancora più difficoltosa; nella attività ispettive, quanto non è stato possibile garantire la pedissequa rotazione ciclica, è stata comunque prevista la presenza di due unità di personale per singola struttura;
- U.O.C. Tecnico: si è data attuazione alla misura della rotazione del personale in carico alla U.O.C. in relazione alla specifica attività e alla distribuzione del carico di lavoro. È stato inserito personale a tempo determinato;
- U.O.C. Affari Generali: la completa rotazione del personale risulta di difficile attuazione in considerazione della specificità dei carichi di lavoro, degli adempimenti richiesti dall'attuale normativa; il personale è suddiviso secondo varie aree di attività gestione amm.va contenzioso, gestione risarcimenti danni per sinistri, convenzioni con enti e soggetti privati, società partecipate, sanzioni autorità competente, supporto ufficiale rogante, protocollo generale, etc...); ricambio di collaboratori con 2 unità di nuova assunzione ed 1 unità in meno per trasferimento altro ufficio; rotazione con distribuzione di pratiche assegnati ad altri funzionari;
- U.O.C. Provveditorato: viene costantemente applicata la rotazione di attività tra il personale ed, in particolare, 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 sono stati disposti provvedimenti di 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; la assegnazione di ulteriore personale proveniente da altre U.O. ha consentito la rotazione anche delle attività inerenti la liquidazione delle fatture e l'alternanza nella sala mortuaria e negli uffici ad alta corruzione;
- Presidio Ospedaliero di Barcellona P.G.: tenuto conto dell'assegnazione di risorse umane limitatissime, professionalità consolidate, ambiti e competenze si fa il possibile per la rotazione del personale al fine di contenere l'assodarsi di dinamiche gestionali improprie;
- Presidio Ospedaliero di S. Agata M.Ilo: confermate e in alcuni settori critici rafforzate le misure di rotazione al fine di limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione conseguente alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione; la direzione, stante le risorse umane limitatissime e le assenze programmate ed impreviste, provvede a pianificare la rotazione del personale al fine di evitare l'instaurarsi di rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate, senza danneggiare le professionalità consolidate, tenendo conto degli ambiti delle competenze e degli incarichi lavorativi;
- Presidio Ospedaliero di Taormina: non si sono verificate circostanze quali presupposto per l'attivazione dell'istituto della rotazione straordinaria;
- U.O.C. Coordinamento Staff Direzione Generale: è stata effettuata la rotazione funzionale del personale ruotando le assegnazioni delle pratiche da trattare;
- U.O.S. Formazione e Aggiornamento: considerata la cronica carenza di risorse umane più volte evidenziata, vista l'assenza di ruoli previsti dalla normativa vigente, si prende atto che al Dirigente Responsabile sono state assegnate solo due dipendenti, di cui un collaboratore amministrativo a tempo determinato (dal 28/02/2022) e un coadiutore amministrativo, per cui non è stato possibile ottemperare alla misura della rotazione.

- Nella seconda metà del 2022 è stato assegnato un altro coadiutore amm.vo in fase di addestramento;
- U.O.S. Comunicazione: la misura della rotazione non risulta applicabile per le esigue dotazioni organiche degli uffici Relazioni con il pubblico, distribuiti nell'intero territorio provinciale;
 - U.O.C. Gestione Personale Dipendente: l'alternanza negli incarichi riduce il rischio che un dipendente, interessandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi e procedimenti e da cui ne consegue l'instaurazione di relazione sempre con gli stessi utenti per evitare di essere sottoposto a pressioni esterne o rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate; tale misura è strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane; l'assegnazione di 6 unità di personale ha consentito la redistribuzione dei carichi di lavoro ed una rotazione dei dipendenti;
 - U.O.C. Acquisizione Prestazioni Sanitarie: Nel corso di 2° semestre la U.O.C. ha subito una riduzione di personale (2 unità in meno, di cui una transitata presso altra amministrazione, una presso altra UO aziendale); vi è stata una distribuzione del carico di lavoro tra i dipendenti tra dipendenti già in servizio e i nuovi subentrati; si è provveduto a ridestinare quota parte dei carichi di lavoro già storicamente attribuiti ai funzionari più anziani ad altri, al fine di evitare il consolidamento strutturale in ordine a disposizioni di specifiche materie, nonché un miglioramento della capacità di cognizione di tutte le aree di pertinenza dell'Ufficio;
 - U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base: fermo restando la carenza di personale più volte rappresentata, la situazione del personale stesso non è variata, potendo contare solo su 2 medici dirigenti e 2 amministrativi, pertanto non è possibile effettuare la rotazione;
 - U.O.C. Gestione Personale Convenzionato: la rotazione periodica all'interno degli uffici, per la carenza endemica di personale, in atto non può essere adottata in ragione della infungibilità di alcune professionalità;
 - U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione: l'immissione in servizio di due nuove unità di dirigenti medici specialisti in medicina del lavoro con nomina di medici competenti, a novembre 2020, a seguito di quiescenza di altrettante unità di personale, ha comportato una redistribuzione degli incarichi di designazione dei Medici Competenti con rotazione degli stessi a cadenza triennale, come previsto;
 - U.O.C. Servizio Psicologia: le caratteristiche del servizio non hanno comportato processi di rotazione dei dirigenti.

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.

L'esito del monitoraggio relativo all'anno 2022 ha fatto registrare, ove possibile, l'implementazione della misura in quasi tutte le strutture aziendali, come rilevato nel report all'uopo predisposto.

L'istituto della rotazione, in tutte le UU.OO. aziendali, risente della evidente grave carenza organica.

Sono state comunque previste misure alternative quali l'affiancamento o la segregazione di funzioni, scaturenti, queste ultime, anche dall'implementazione dei PAC.

Come previsto nel precedente PTPCT, e specificato nel relativo cronoprogramma, è stato effettuato il monitoraggio di tale misura.

Nel 2023, in continuità con gli anni precedenti, verrà monitorata l'applicazione della misura, assegnata quale rilevante obiettivo a tutte le UU.OO..

Il principio della rotazione deve comunque essere un obiettivo effettivo, documentabile e pertanto verificabile. La rotazione va quindi vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati verso questa direzione (es. pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'intercambiabilità) e collegati ai sistemi di gestione interni all'Azienda sanitaria.

In ogni caso, la misura della rotazione, comunque essa sia, ha finalità preventive.

CONFLITTO DI INTERESSI

I dipendenti dell'A.S.P. di Messina, ai sensi dell'art.1, comma 41, della L. n. 190/2012, che ha introdotto l'art.6 bis nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", sono tenuti a prestare massima attenzione alle situazioni di conflitto di interesse, che la legge ha valorizzato con l'inserimento di nuove e specifiche disposizioni in materia di procedimento amministrativo e nei Codici di Comportamento della pubblica amministrazione.

L'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, avviato nel 2016 e adottato con delibera n.2304/DG del 03/08/2017, in applicazione della Determina ANAC n.12/2015 e delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del SSN", ha dedicato particolare attenzione al conflitto di interessi, introducendo più specifici accorgimenti in rapporto allo specifico contesto di riferimento e al verificarsi di episodi che hanno richiesto un maggiore controllo del rischio correlato all'applicazione della misura. Rientra, ad esempio, tra tali accorgimenti l'integrazione all'art. 6 del DPR 62/2013, che recita "Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni nelle situazioni di conflitto (...), non solo ove tale conflitto sia attuale, ovvero potenziale, ma anche nei casi in cui esso sia apparente, diretto o indiretto, dandone comunicazione al Dirigente Responsabile della U.O. di appartenenza".

In coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di Comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, le successive indicazioni dell'ANAC e il PNA 2016, il PTCPT 2021-2023 prevede che sia applicata a tutte le aree di rischio 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. A tal fine, dal 2015 è stata elaborata ed adottata dal RPCT uno specifico modello di dichiarazione del conflitto di interessi per tutti i dipendenti, con una specifica sezione dedicata al Dirigente responsabile della struttura da cui dipende il dichiarante, nella quale il dirigente valuta la situazione di conflitto dichiarata e assume le determinazioni del caso.

Sull'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. dovranno 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'obbligo di astensione ed i conseguenti adempimenti adottati.

L'A.S.P. di Messina, inoltre, ha adottato la misura della compilazione, negli anni 2017 e 2018, con cadenza annuale, della "dichiarazione pubblica di interessi" mediante la modulistica standard on line predisposta da AGENAS: sono stati predisposti e inviati gli elenchi dei dirigenti appartenenti all'area sanitaria e tecnico-amministrativa tenuti all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione. Nel 2018 è stato implementato il sistema anche mediante un maggior coinvolgimento degli stessi. A tal fine sono state dedicate due giornate formative sul Codice di Comportamento, nell'ambito della formazione specifica per i Direttori di Struttura Complessa nelle aree a più elevato rischio di corruzione, con un particolare approfondimento sul conflitto di interessi nella sua accezione più ampia, le indicazioni ANAC in tale contesto, e ulteriori indicazioni sulla dichiarazione pubblica di interessi AGENAS da rendere on line. Tali modelli di dichiarazione, introdotti dal management aziendale per assicurarne la conforme adozione, saranno utilizzati dal RPCT per incrementare il flusso di informazioni su cui poter orientare le attività di controllo.

Nel 2019 è intervenuto nel merito l'Assessorato Regionale della Salute, con la citata nota prot. n.25687 del 25/03/2019, mutuando, nell'ambito delle Aziende del SSR, in modalità cartacea, il modello di dichiarazione sul conflitto di interessi dell'AGENAS. Tale modello ha, pertanto, sostituito quello reso disponibile dall'ANAC nell'apposita piattaforma on line e con disposizione (nota prot. n.31128 del 18/03/2019) è stata richiesta la compilazione da parte di tutti i dirigenti e del personale del comparto che hanno motivo di detta compilazione, da trasmettere alla UOC Gestione Personale Dipendente, per le opportune considerazioni.

Nell'ambito delle attività formative del 2022, durante gli eventi formativi realizzati dal RPCT e dai suoi collaboratori, rivolto a tutti i dipendenti, è stata approfondita la materia, con specifico riferimento al conflitto di interessi e ai modelli di dichiarazione.

Altra modulistica è stata adottata in ambito aziendale da alcune strutture aziendali a seguito, anche, di specifici regolamenti interni (Dipartimento di Prevenzione Veterinario) e/o per specifiche attività (Commissioni di gara, Commissioni di concorso, Commissione verifica protesi, RUP, DEC, DL, etc.), soprattutto avuto riguardo agli specifici conflitti di interessi nell'ambito dei contratti pubblici (Linee Guida ANAC n. 15, recanti "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici"), approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 05 giugno 2019. La compilazione di detto modello di dichiarazione è stata estesa a tutto il personale.

È opportuno rappresentare che il PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, ha dedicato una specifica sezione al conflitto di interessi ex art.42 D.lgs. 50/2016, cui il RPCT ha dato seguito con specifica richiesta di adeguamento alle UU.OO. interessate.

In particolare, viene prevista anche specifica misura di dichiarazione da rendere da parte della ditta/società circa i dati del titolare effettivo; viene, altresì, prevista la misura inerente la richiesta da parte della stazione appaltante ai titolari effettivi la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, come da specifica previsione inviata con nota alle UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico.

Nell'anno 2023 il RPCT implementerà l'attività di mappatura già avviata finalizzata all'individuazione delle fattispecie tipiche di conflitto di interesse, in grado di meglio orientare i professionisti all'autovalutazione e alla consapevolezza delle situazioni personali e relazionali nel proprio contesto.

In tale contesto, nel 2023 sono in programmazione specifici eventi formativi per tutti i dipendenti (PFA 2023 della U.O.S. Formazione ed Aggiornamento - Piano Formativo per l'anno 2023 - deliberazione n.5237 del 23.12.2022).

SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

È stato, nel corso degli anni, rappresentato che, in via generale, i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato.

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto, che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra

istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali.

Per tali motivi la L.190/2012 è intervenuta in tale contesto, modificando l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare, come anzidetto, situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

Infatti, il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. Pertanto, la concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi, altresì, come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per disciplinare il conferimento degli incarichi extraistituzionali l'A.S.P. di Messina ha elaborato, a cura dell'UOC Gestione Personale Dipendente, e adottato con deliberazione n.2962/DG dell'11/12/2015, un apposito Regolamento aziendale.

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI

Il D.Lgs. n.39/2013, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico", concerne le particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza e delle ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

Il legislatore, all'art.3 del D.Lgs. n.39/2013, ha stabilito i requisiti di *onorabilità e moralità* richiesti per ricoprire incarichi dirigenziali e assimilati.

Nel Decreto si definisce "*inconferibilità*" la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni o esterni a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal Capo I del Titolo II del libro II del Codice Penale anche con sentenza non passata in giudicato;
- che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione; che siano stati componenti di organo di indirizzo politico.

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

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Nel caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il RPCT è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000, dichiarazione sostitutiva che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda (art. 20 D.Lgs. n. 39/2013), a cura della U.O.C. Gestione Personale Dipendente, secondo il modello predisposto dall'Assessorato della Salute.

La dichiarazione resa è pubblicata nel sito dell'Azienda e costituisce condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'incarico (art. 20 D.Lgs. n. 39/2013).

Con Delibera n.149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario", l'ANAC ha stabilito:

".....Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39."

In tale contesto normativo, Il Direttore UOC Gestione Personale dipendente acquisisce, annualmente e/o al momento del conferimento dell'incarico la succitata dichiarazione dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario.

Ai sensi dell'art.1 del D.Lgs. n.39/2013, per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico".

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D.Lgs. n.39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

In riferimento all'art.20, comma 2, del D.Lgs. n.39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente.

La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati all'atto della nomina, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D.Lgs. n.39/2013), ed è condizione di efficacia dell'incarico (art.20, co.4).

L'art. 10 D.Lgs. n.39/2013 prevede specifiche ipotesi di "Incompatibilità tra le cariche direttive nelle aziende sanitarie locali, le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati e lo svolgimento di attività professionali" prevedendo:

1. Gli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo nelle aziende sanitarie locali di una medesima regione sono incompatibili:

a) con gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale;

b) con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale.

2. L'incompatibilità sussiste altresì allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali indicate nel presente articolo siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado."

L'A.S.P. di Messina, preso atto della Delibera dell'A.N.AC. n.149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n.39/2013 nel settore sanitario", acquisirà, con cadenza annuale, la dichiarazione di insussistenza di cause di incompatibilità ostative al mantenimento dell'incarico da parte del Direttore Generale, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

L'Autorità, inoltre, ha fornito alcune specifiche indicazioni in merito al ruolo e alle funzioni del RPCT nonché all'attività di vigilanza di ANAC sul rispetto della disciplina con la Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 «Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della

corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento di ANAC in caso di incarichi inconfiribili e incompatibili», cui si rinvia.

Come per gli anni precedenti, era intenzione del RPCT procedere alla verifica delle dichiarazioni rese dal Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo pro-tempore in conformità alla richiamata Delibera ANAC n.149/2014. Pertanto il RPCT, nell'ultimo trimestre, ha proceduto alla verifica delle dichiarazioni rese dal Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo pro-tempore, rispettivamente il Dott. Domenico Sindoni e la Dott.ssa Catena Di Blasi.

La verifica delle dichiarazioni di inconfiribilità di incarichi del personale (U.O.C. Gestione del Personale Dipendente, U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, U.O.C. Gestione del Personale Convenzionato) è proceduralizzata secondo le indicazioni riportate nel PTPCT, come da cronoprogramma, previa acquisizione delle stesse. Nelle richiamate Linee guida del 2016 è stato, peraltro, già evidenziato che *«tale dichiarazione non vale ad esonerare chi ha conferito l'incarico dal dovere di accertare, nel rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità di cui al citato art. 97 Cost., i requisiti necessari alla nomina, ovvero, per quanto qui rileva, l'assenza di cause di inconfiribilità e di incompatibilità in capo al soggetto che si vuole nominare. In altre parole, l'amministrazione conferente è tenuta ad usare la massima cautela e diligenza nella valutazione della dichiarazione richiesta all'art.20, in quanto non è escluso che questa sia mendace, e ciò anche a prescindere dalla consapevolezza del suo autore circa la sussistenza di una delle cause di inconfiribilità o di incompatibilità»*.

La verifica delle dichiarazioni di inconfiribilità 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 presente PTPCT, come da cronoprogramma, previa acquisizione delle stesse.

VIGILANZA SUL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INCONFIRIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ.

Come ormai consolidato, la vigilanza sull'osservanza delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità è demandata al RPCT e all'ANAC.

Al RPCT, come stabilito dall'art. 15 del D.Lgs. n. 39/2013, è assegnato il compito di contestare la situazione di inconfiribilità o incompatibilità e di segnalare la violazione all'ANAC.

Qualora il RPCT venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del D.Lgs. n. 39/2013 o di una situazione di incompatibilità, deve avviare un procedimento di accertamento. Nel caso di una violazione delle norme sulle inconfiribilità, la contestazione della possibile violazione va fatta nei confronti tanto dell'organo che ha conferito l'incarico, quanto del soggetto cui l'incarico è stato conferito.

Nelle linee guida di cui alla Delibera n.833 del 3 agosto 2016 *"Determinazione Linee guida in materia di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.A.C. in caso di incarichi inconfiribili e incompatibili "* sono indicate le modalità dell'Attività di verifica del RPCT sulle dichiarazioni concernenti la insussistenza di cause di inconfiribilità o incompatibilità, l'attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC, le conseguenze del mancato adeguamento da parte del RPCT e il potere di ordine dell'Autorità.

Viene raccomandato che i procedimenti di accertamento delle situazioni di inconfiribilità e sanzionatori siano svolti nel rispetto del principio del contraddittorio, affinché sia garantita la partecipazione degli interessati.

In merito a tali dichiarazioni, come raccomandato dall'ANAC, in virtù all'esperienza maturata, è necessario garantire la tempestiva acquisizione della dichiarazione, in tempo utile per le dovute

verifiche ai fini del conferimento dell'incarico. In particolare, ad integrazione di quanto evidenziato nelle Linee guida di cui alla Delibera n.833 del 2016, sono state inserite nei precedenti PTPCT e nella attuale sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" specifiche misure sulle procedure di conferimento degli incarichi, tale da garantire:

- la preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico;
- la successiva verifica entro un congruo arco temporale, da predefinire;
- il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
- la pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

Sarà cura del RPCT e delle UU.OO. interessate prestare attenzione anche alle verifiche per il personale assegnato temporaneamente ad amministrazione diversa da quella di appartenenza, mediante comando o posizioni similari, promuovendo un rapporto leale di collaborazione attraverso l'obbligo, ad esempio, di richiesta di informazioni da parte dell'amministrazione di destinazione e di un obbligo di comunicazione di situazioni di inconferibilità da parte dell'amministrazione di provenienza.

Più segnatamente, nei casi in cui ANAC abbia attivato, d'ufficio o a seguito di segnalazione, un procedimento di vigilanza e abbia accertato la non conferibilità di un incarico, il RPCT, nell'esercizio delle prerogative attribuite ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013 nei termini sopra indicati, adotta le iniziative derivanti dalla pronuncia di ANAC.

In tale circostanza, il RPCT non avvia un distinto e autonomo procedimento ma è tenuto a:

- comunicare al soggetto cui è stato conferito l'incarico la causa di inconferibilità accertata da ANAC e la nullità dell'atto di conferimento dell'incarico e del relativo contratto;
- adottare i provvedimenti conseguenti;
- contestare la causa di inconferibilità ai componenti dell'organo che ha conferito l'incarico e avviare il procedimento nei loro confronti volto all'applicazione della sanzione inibitoria ai sensi dell'art. 18, co. 2, del d.lgs. 39/2013, tenendo presente che i medesimi componenti sono responsabili per le conseguenze economiche degli atti adottati;
- nel caso in cui la dichiarazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 39/2013 risulti mendace;
- avviare il procedimento ai fini dell'applicazione della sanzione di cui al co. 5 del medesimo articolo (inconferibilità di qualsiasi incarico disciplinato dal decreto per un periodo di 5 anni).

Inoltre, l'ANAC, con la delibera n.1201 del 18/12/2019 recante "Indicazioni per l'inconferibilità di incarichi ai condannati per delitti contro la Pubblica amministrazione", ha inteso fornire alle amministrazioni pubbliche specifiche indicazioni sulla corretta interpretazione della norma che vieta il conferimento di incarichi ai condannati per delitti contro la Pubblica amministrazione.

Con nota prot. n.5314 del 16/01/2020, il RPCT ha provveduto ad inviare la predetta delibera n.1201/19 all'UOC Gestione Personale Dipendente, preso atto delle specifiche previsioni, al par. 9 di detta delibera, della "Applicabilità della disciplina di cui all'art.3 d.lgs. n.39/2013 agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria", al fine di porre in essere gli adempimenti conseguenziali per le fattispecie previste in tale contesto.

A tal proposito, come precisato nel richiamato par.9, tale normativa ne ha limitato l'applicazione per gli incarichi dirigenziali rilevanti ai fini dell'applicazione dei limiti e delle preclusioni ivi contenuti solo quelli che comportano "l'esercizio in via esclusiva delle

competenze di amministrazione e gestione" (art. 1, co. 2 lett. j), con ciò non ritenendo sufficiente il mero possesso formale della qualifica dirigenziale. Nell'ambito del settore sanitario i citati poteri di amministrazione a gestione spettano unicamente al direttore generale dell'azienda sanitaria coadiuvato, nell'espletamento delle sue funzioni, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario (vedi art. 3, co. 6, d.lgs. n. 502/1992). In tutti gli altri casi la formale attribuzione della qualifica dirigenziale medico-sanitaria (sia esso medica, veterinaria, chimica, ecc.) in relazione all'esercizio della propria professione, non determina del pari attribuzione di poteri di amministrazione circa l'andamento, la gestione e il funzionamento dell'azienda.

Come precisato nella richiamata delibera ANAC, nelle aziende ospedaliere non operano solo dirigenti medici-farmacisti-biologi-veterinari, bensì una serie di professionisti necessari e funzionali al corretto svolgimento dell'attività sanitaria. Vi sono, infatti, altre figure dirigenziali (gli addetti agli uffici deputati alla gestione del personale e del trattamento economico, ovvero gli Avvocati incardinati negli uffici legali oppure ai responsabili degli uffici che si occupano di curare le relazioni istituzionali o con il pubblico o, ancora, gli esperti informatici e al personale dei dipartimenti "affari generali").

Tali soggetti non sono sottoposti al peculiare inquadramento riservato alla dirigenza medico-sanitaria e neppure godono dello speciale regime di autonomia operativa e gestionale.

Rispetto ad essi, pertanto valgono le ordinarie regole previste dal D.Lgs. n. 39/2013: se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, allora, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, co. 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013.

ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS). DIVIETI POST EMPLOYMENT

L'art.1, co. 42, lett. l) Legge n.190/2012 ha introdotto un nuovo comma (16-ter) nell'ambito dell'art.53 del D.Lgs. n.165/2001, volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

La norma, volta a scoraggiare comportamenti impropri del dipendente, prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti.

La disposizione stabilisce che *"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti"*.

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento).

Come meglio precisato nel PNA 2019, *"i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art. 53, co. 16-ter, cit., sono i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i poteri sopra accennati, attraverso l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente.*

Rientrano pertanto in tale ambito, a titolo esemplificativo, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ad esempio ai sensi dell'art. 19, co. 6, del d.lgs. 165/2001 o ai sensi dell'art. 110 del d.lgs. 267/2000, coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente (cfr. orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015). Si intendono ricompresi i soggetti che ricoprono incarichi amministrativi di vertice, quali quelli di Segretario generale, capo Dipartimento, o posizioni assimilate e/o equivalenti".

Rientrano in tale definizione tutti i soggetti legati all'amministrazione, sia a tempo indeterminato che determinato o autonomo, come peraltro ribadito nel PNA 2019.

L'art. 21 del d.lgs. 39/2013 ha, infatti, precisato che ai fini dell'applicazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi considerati nel d.lgs. 39/2013, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico e l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo.

"Le prescrizioni ed i divieti contenuti nell'art. 53, comma 16-ter, del D.Lgs. 165/2001, che fissa la regola del c.d. pantouflage, trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto della PA, ma anche ai dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente." (Orientamento ANAC n.24 del 21 ottobre 2015). Pertanto, il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i poteri negoziali e autoritativi, oltre le società, imprese, studi professionali, sono da considerarsi anche i soggetti che, pur formalmente privati, sono partecipati o controllati da una pubblica amministrazione, in quanto la loro esclusione comporterebbe una ingiustificata limitazione dell'applicazione della norma e una situazione di disparità di trattamento. Occorre in ogni caso verificare in concreto se le funzioni svolte dal dipendente siano state esercitate effettivamente nei confronti del soggetto privato.

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa:

- *Il Direttore della U.O.C. Gestione Personale Dipendente è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i*

- tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;*
- *I Direttori delle UU.OO.CC. Provveditorato, Tecnico, Acquisizione Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie sono tenuti ad assicurare , in conformità al PNA 2013 e al bando-tipo n. 2 del 2 settembre 2014 adottato dall'ANAC, che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di appalti pubblici , anche mediante procedura negoziata, nei contratti/convenzioni con le strutture private accreditate (qualora non siano stipulati mediante schemi-tipo già predisposti dall'Assessorato regionale della salute), tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; che venga disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente; che venga fornita tempestiva informativa dei fatti oltre al RPCT anche al Responsabile della U.O.C. Servizio Legale dell'Azienda, affinché l'A.S.P. agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art.53, comma 16 ter, D.Lgs. n.165/2001.*
 - *Il Direttore della U.O.C. Gestione Personale Dipendente acquisirà dal dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di *pantouflage* (allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma).*

Il RPCT, non appena a conoscenza della violazione del divieto di *pantouflage* da parte di un ex dipendente, segnala detta violazione all'ANAC, all'Azienda e all'Ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

Inoltre, in adesione a quanto indicato nel PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, è stato richiesto alle UU.OO. interessate di verificare gli adeguamenti in materia di *pantouflage* (note prot. n.169154 del 20/12/2022 e prot. n.9982 del 20/01/2023), come raccomandato nel suddetto PNA rispetto alle ultime indicazioni. In tal senso viene prevista la verifica a campione su una percentuale minima (3%) tra il personale dirigenziale cessato dal servizio che ha reso la dichiarazione da sottoporre a verifica, in considerazione della numerosità del personale dell'Azienda ed i continui pensionamenti. Nell'A.S.P. di Messina la dichiarazione viene richiesta a tutto il personale dirigenziale che cessa dal servizio. Viene effettuata anche una ulteriore verifica a campione (3% del personale dirigenziale) per accertare la eventuale omessa dichiarazione.

FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

La Legge n.190/2012, in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione, ha, *ex novo*, introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni.

Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D.Lgs. n.165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo

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

La norma in particolare prevede:

"1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*
- c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari".

A norma del D.Lgs. n.39/2013:

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

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

I Direttori della U.O.C. Provveditorato, della U.O.C. Tecnico, e della U.O.C. Gestione Personale Dipendente dell'A.S.P. di Messina, in base alla rispettiva competenza, in presenza di situazioni di specie, sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art.46 del D.P.R. n. 445/2000 (art.20 D.Lgs. n.39/2013)..

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art.17 del D.Lgs. n.39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art.18 del medesimo decreto.

Per il 2023 specifico intervento di revisione della verifica delle autocertificazioni è stata effettuata per la U.O.C. Gestione Personale Dipendente in ordine alle Commissioni giudicatrici dei concorsi.

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA ILLECITI (WHISTLEBLOWER)

L'art. 8 del Codice di Comportamento dei dipendenti dell' A.S.P. di Messina, nel rispetto del disposto dall'art. 54 bis del D.Lvo 165/2001, introdotto dall'art. 1 comma 51 della L. n.190/2012, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del dipendente che segnala illeciti all'interno dell'A.S.P. (whistleblower), assicurando che la denuncia sia sottratta al diritto di accesso, fatta esclusione per quanto previsto nel comma 2 del citato art. 54 bis, ovvero che l'identità del segnalante possa essere rivelata solo ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Ferme restando le disposizioni di legge, che obbligano da un lato il dipendente pubblico a denunciare al proprio superiore gerarchico o alla magistratura eventuali situazioni illecite di cui sia venuto a conoscenza per motivi di lavoro, e dall'altro lo tutelano contro l'ingiusto licenziamento (art. 18 dello statuto dei lavoratori), il nuovo contesto introduce un sistema di garanzie di tutela, tese ad evitare anche ritorsioni o abusi "minori", ed include tra le condotte illecite segnalabili anche le violazioni del Codice di Comportamento.

Il Codice di Comportamento, peraltro aggiornato con deliberazione n.5303/CS del 28/12/2022, proprio anche riguardo ai necessari adeguamenti rispetto alla L.179/2017 e alle specifiche Linee Guida ANAC (n.469/2021), individua infatti specificamente quale misura discriminatoria ogni forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili avviata nei confronti del dipendente che ha effettuato segnalazioni. Di conseguenza, il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico condotte che presume illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può quindi essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

La procedura whistleblower introduce canali privilegiati e diretti che non obbligano a seguire la gerarchia interna, in quanto la segnalazione viene inoltrata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e non attiva immediatamente un procedimento, bensì costituisce un elemento di valutazione che deve essere riscontrato e qualificato giuridicamente dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione. I responsabili delle UU.OO. interessate, in piena autonomia e segretezza, potranno in essere sinergicamente tutte le azioni necessarie ad esperire l'istruttoria, nel pieno rispetto delle regole interne e delle disposizioni di legge in materia penale, tributaria o amministrativa. Gli obblighi di riservatezza sono previsti a carico di tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente vengono coinvolti nel processo di gestione della segnalazione.

In sede di procedimento disciplinare a carico dell'eventuale responsabile del fatto illecito, l'identità del segnalante non potrà essere rivelata, senza il suo consenso, a condizione che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora invece la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità del segnalante potrà essere rivelata solo ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

L'Azienda, già nel 2015, sulla scorta anche della Determinazione ANAC n.6/2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)", ha completato il ventaglio delle diverse procedure previste dalle norme per tutelare chi segnala illeciti. Nel 2014 erano attuabili le segnalazioni whistleblowing con documento cartaceo e per e-mail. Nell'ambito del PTPC 2015-2017 è stato adottato il Regolamento e implementato il Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato, quale ulteriore misura al fine di consentire la tutela del segnalante, mediante il quale la scheda di segnalazione, redatta secondo lo schema adottato dalla Funzione Pubblica, può essere compilata e inoltrata on-line in forma riservata e criptata. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è tenuto ad annotare tutte le segnalazioni e i relativi atti in un registro informatizzato riservato. La procedura informatizzata è stata implementata nel sito intranet dell'A.S.P. e resa fruibile a tutti gli operatori mediante accesso da qualsiasi computer collegato alla rete aziendale. Sul sito web

sono stati inoltre pubblicati sia la modulistica che il regolamento whistleblowing, che prevede e riguarda tutti i canali di segnalazione (cartacei, per e-mail, on-line), e la possibilità di inoltrare direttamente la segnalazione all'ANAC.

Novità importanti sono state introdotte dalla legge 30 novembre 2017, n.179, che ha modificato l'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001 «Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti» c.d. whistleblower, la quale ha assegnato un ruolo di primaria importanza al RPCT nella gestione delle segnalazioni.

La nuova enunciazione dell'art. 54-bis, al comma 2 include espressamente nella nozione di dipendente pubblico le seguenti tipologie di lavoratori

- i dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2 del d.lgs. n. 165 del 2001 ivi compreso il dipendente di cui all'art. 3;
- i dipendenti degli enti pubblici economici;
- i dipendenti di enti diritto privato sottoposti a controllo pubblico ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile;
- i lavoratori e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

Peraltro, come riportato nelle suddette linee guida, ai fini delle tutele di cui all'art.54 bis, occorre che, oltre alle ulteriori precisazioni:

- il segnalante deve rivestire la qualifica di "dipendente pubblico" o equiparato (cfr. infra, § 1.2);
- la segnalazione deve avere ad oggetto "condotte illecite";
- il dipendente deve essere venuto a conoscenza di tali "condotte illecite" "in ragione del proprio rapporto di lavoro";
- la segnalazione deve essere effettuata "nell'interesse all'integrità della pubblica amministrazione";
- la segnalazione deve essere inoltrata ad almeno uno delle quattro tipologie di destinatari indicati nell'art.54-bis, co. 1 (RPCT, ANAC, Autorità giudiziaria ordinaria o contabile).

Inoltre, la precedente formulazione dell'art. 54-bis non contemplava tra i soggetti destinatari della segnalazione il RPCT; sul piano della organizzazione interna della p.a. si riferiva, invece, al "superiore gerarchico". Con la nuova formulazione il legislatore ha inteso aderire all'interpretazione dell'ANAC riportata nella determinazione n.6/2015, indicando, pertanto, il RPCT quale destinatario delle segnalazioni qualora queste siano dirette all'Amministrazione.

Il RPCT, oltre a ricevere e prendere in carico le segnalazioni, pone in essere tutti gli atti necessari ad una prima "attività di verifica e di analisi delle segnalazioni ricevute", così come previsto dal co. 6 dell'art. 54-bis.

Sul potere sanzionatorio dell'Autorità si rinvia al Regolamento del 30 ottobre 2018 «Sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001 (c.d. whistleblowing)» adottato con delibera ANAC n. 1033 del 30/10/2018, modificato con delibera n.312 del 10/04/2019 e recentemente aggiornato con la Delibera n.690 del 1 luglio 2020, recante «Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001» (GU n. 205 del 18/08/2020), cui si rinvia.

La legge assegna al RPCT l'onere di istruttoria, che si sostanzia, ad avviso dell'Autorità, nel compiere una prima imparziale delibazione sulla sussistenza (c.d. fumus) di quanto rappresentato nella segnalazione, in coerenza con il dato normativo che si riferisce ad una attività "di verifica e di analisi". Non spetta al RPCT svolgere controlli di legittimità o di merito

su atti e provvedimenti adottati dall'amministrazione oggetto di segnalazione, né accertare responsabilità individuali, così come già indicato nella delibera n. 840/2018.

Riguardo ai poteri del RPCT, con riferimento alle segnalazioni di whistleblowing, si attendono le indicazioni dell'ANAC che saranno fornite nelle apposite Linee guida in merito, in fase di adozione, cui si rinvia.

Al fine di consentire la ottimale gestione delle segnalazioni mediante un iter procedurale definito e comunicato all'esterno con termini certi per l'avvio e la conclusione dell'istruttoria, nelle more dell'adozione delle Linee Guida ANAC (ai sensi dell'Art. 1, comma 5 della Legge n. 197/2017), con provvedimento n.59159 del 25/06/2018 e successiva modifica prot. n.99624 dell'11/09/2019, è stato costituito, presso il RPCT, un gruppo di lavoro dedicato alle "segnalazioni" con particolare riferimento a quelle del c.d. whistleblower.

Nel 2020 questa ASP ha inteso avvalersi dell'applicazione informatica "Whistleblower" resa disponibile in open source per l'acquisizione e la gestione - nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti (così come raccomandato dal disposto dell'art. 54 bis, comma 5, del D.Lgs. n.165/2001 e previsto dalle Linee Guida di cui alla Determinazione n.6 del 2015), come da Comunicato del Presidente dell'A.N.AC del 15 gennaio 2019. A seguito delle difficoltà di ordine tecnico rilevate dopo le opportune verifiche, confermate in seno al Coordinamento dei RPCT degli enti del SSR, si è preferito optare per un'altra soluzione informatica sulle modalità di acquisizione delle segnalazioni e richiedere ai tecnici dell'Azienda la verifica di un'analogia piattaforma resa disponibili da Transparency International Italia. Ai fini dell'implementazione di tale piattaforma è stato richiesto l'intervento del consulente esterno per la verifica della fattibilità; l'implementazione di tale piattaforma, attesi gli opportuni adeguamenti, è in fase di completamento.

Nell'anno 2023 si procederà alla revisione del Regolamento aziendale per i necessari adeguamenti agli alle prescrizioni normative introdotti dalla legge 30 novembre 2017, n.179 "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*" e in conformità alle Linee Guida di cui alla Deliberazione ANAC n.469 del 09/06/2021, al fine di ricomprendere tutti i canali comunicativi previsti nel sistema di tutela del segnalante.

Quanto precede fermo restando il recepimento della Direttiva (UE) 2019/1937 del Parlamento europeo e del Consiglio del 23 ottobre 2019, riguardante la protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione (G.U.U.E. L 305, 26.11.2019, p. 17-56) e gli effetti che possono produrre sul sistema di tutela previsto dal nostro ordinamento nazionale. A tal proposito, l'ANAC si è riservato di adeguare le Linee Guida di cui alla Delibera ANAC n.469 del 09/06/2021 al contenuto della legislazione di recepimento, che doveva essere adottata entro il 17 dicembre 2021, tanto che, come espressamente citato dall'ANAC, le predette "*Linee Guida pertanto presentano un carattere transitorio nei limiti in cui potranno essere successivamente adeguate rispetto al recepimento della citata Direttiva*". Ad oggi non si è registrato tale recepimento, per cui ci si determinerà in conseguenza di ciò.

Il recepimento di tale direttiva, che doveva avvenire entro il 17 dicembre 2021, ha raggiunto l'esito positivo solo il 9 dicembre 2022, da parte del Consiglio dei Ministri che ne ha approvato il decreto legislativo per il recepimento.

Oltre ad essere stato ampiamente pubblicizzato sul sito, il sistema whistleblowing risulta comunicato e diffuso 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: decisamente poche le segnalazioni ricevute. La cultura della segnalazione infatti scontra all'interno dell'amministrazione ancora le resistenze verso una pratica socialmente non accettata, e che necessita quindi di un cambiamento culturale che la

faccia accettare come misura preventiva dei fatti corruttivi, condivisa dall'intero sistema aziendale ed inseribile tra le buone pratiche a cui ogni dipendente è responsabilmente chiamato ad aderire, nel superiore interesse dell'amministrazione e dei cittadini. Come per tutti i processi culturali, i tempi per produrre il cambiamento sono medio-lunghi. Si ritiene che ciò possa essere favorito, oltre da una diffusa campagna di comunicazione e, soprattutto, di formazione (come peraltro prevista ed effettuata) sul tema, anche dall'efficacia delle misure di tutela, che, nei casi verificatisi, hanno garantito l'anonimato del segnalante, la protezione delle informazioni e la riservatezza dei canali comunicativi.

LA FORMAZIONE

La formazione, insieme alle altre misure consolidate, riveste un'importanza strategica nell'ambito della prevenzione della corruzione, per il ruolo strategico che i percorsi formativi rivestono nel sostenere i processi culturali, le innovazioni organizzative, l'aggiornamento dei contenuti della professione.

Dai dati prodotti dal monitoraggio di primo livello (autovalutazione) ed il monitoraggio del secondo livello, condotto dall'Ufficio del RPCT, nonché dalle evidenze e motivazioni delle misurazioni applicate, è emersa una scarsa conoscenza da parte del personale afferente alle UU.OO. sui contenuti delle normative di riferimento ai fini della prevenzione della corruzione, con conseguenziale scarsa collaborazione. Queste resistenze vanno rimosse, in termini culturali, con adeguati e mirati processi formativi, che consentano una maggiore partecipazione di tutti i dipendenti degli uffici alle varie fasi di predisposizione del Piano anticorruzione aziendale, promuovendo, così, la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

In tema di anticorruzione, la programmazione formativa dell'A.S.P. è finalizzata a raggiungere i seguenti obiettivi:

- l'attività amministrativa svolta da soggetti consapevoli con la conseguente riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- la creazione di competenze specifiche per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- la creazione di competenze specifiche in materia di trasparenza e di obblighi di pubblicazione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici,

- orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- la riduzione di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile e, per converso, la diffusione delle buone pratiche;
 - la diffusione di valori etici, mediante la condivisione di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

La programmazione formativa in materia di anticorruzione è improntata alle indicazioni fornite dall'ANAC: organicamente inserita nel Piano Formativo Aziendale, assegnata negli obiettivi del Piano della Performance, individuata come misura ulteriore per specifiche aree di rischio, è strutturata ed erogata in base a criteri definiti dal RPCT e comunicati di concerto con il Responsabile dell'UO Formazione.

La formazione generale comprende una sezione ad hoc per il Codice di Comportamento – Conflitti di interessi, ed è finalizzata a diffondere i contenuti dell'anticorruzione a tutto il personale, dando priorità ai soggetti più direttamente coinvolti nell'azione del RPCT e ai dirigenti e ai dipendenti delle aree a più elevato rischio.

Tenuto conto del fabbisogno di formazione tra il personale sulle tematiche legate alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, l'obiettivo principale della formazione del 2023, come per gli anni precedenti, sarà rivolto almeno al 30% circa dei dipendenti e sarà espletata, tenuto conto della vastità del territorio dell'Azienda, che si estende da Taormina a Mistretta, nelle proprie sedi di lavoro, al fine di favorire la massima adesione possibile.

L'attività formativa nel 2023, come per gli anni passati, sarà realizzata secondo la programmazione contenuta nel PFA e nella presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", previa ricognizione del fabbisogno formativo presso tutte le strutture aziendali dell'A.S.P., sulla scorta dell'esperienza, seppur breve a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Nell'anno 2022, dopo il superamento dell'emergenza sanitaria da Covid-19, è ripresa la formazione in modalità in presenza (in aula), svolta a cura del RPCT, dal Collaboratore del RPCT e dal precedente RPCT, quali docenti.

Importante far rilevare che la formazione del 2022 secondo il relativo Progetto Formativo Aziendale "Trasparenza, Anticorruzione e Codice di Comportamento nelle Aziende Sanitarie. Adempimenti e Responsabilità" – ASP MESSINA - Rif. Prov. ECM n.400-8245, tenutosi in presenza, in 4 edizioni nelle seguenti giornate:

- Edizione P.O. Taormina - 5 luglio 2022 - n.14 partecipanti
- Edizione P.O. Milazzo - 6 luglio 2022 - n.22 partecipanti
- Edizione P.O. Patti - 7 luglio 2022 - n.23 partecipanti
- Edizione P.O. Sant'Agatata M.Ilo - 13 luglio 2022 - n.25 partecipanti

A tal fine è opportuno precisare che tale attività formativa, come programmato dalla U.O.S. Formazione ed Aggiornamento, è consistita in sole 4 giornate, per cause organizzative non dipendenti dal RPCT, pertanto non sufficienti a garantire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato di copertura del 30% del personale di tutta l'A.S.P..

Per tale causa è stato possibile effettuare la formazione nelle quattro giornate sopra riportate solo per 84 dipendenti su 5.098 previsti da dotazione organica (1.347 dirigenza, 3.661 altro personale), pari all'1,6%, rispetto al target previsto ($\geq 30\%$), comunque in lieve aumento rispetto alla percentuale dello scorso anno (1,2%), riguardo all'obiettivo strategico della Performance; riguardo all'obiettivo della scheda di budget del RPCT sono state effettuate n.4 giornate formative su un totale di n.4 giornate programmata, cioè il 100%.

È però importante fare rilevare che tale formazione è stata strutturata ed erogata in base a criteri definiti dal RPCT, che ne ha individuato anche i partecipanti, favorendo così l'alta convergenza e l'appropriatezza di contenuti e destinatari, in grado questi ultimi, per la propria posizione e responsabilità, di veicolare la formazione ricevuta ai propri collaboratori.

Di seguito si riporta la ulteriore formazione effettuata dal personale ASP:

RPCT

03/02/2022 – ANAC – “Sull’onda della semplificazione e della trasparenza. Orientamenti per pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”

17/03/2022 – Consulbrokers s.p.a. – 1° modulo – Contratto di assicurazione” – “2° modulo – La responsabilità patrimoniale” – “3° modulo – Il ramo tutela legale”.

06/11/2022 - IFEL Fondazione - PIAO: partiamo dalle basi.

10/12/2022 - IFEL Fondazione - Le dimensioni della programmazione nel PIAO: valore pubblico e mappatura dei processi.

14/12/2022 – ANAC - Giornata del Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza VIII edizione “VALORE PUBBLICO, PNRR e PNA 2022”

PERSONALE DELL’UFFICIO DEL RPCT

03/02/2022 – ANAC – “Sull’onda della semplificazione e della trasparenza. Orientamenti per pianificazione anticorruzione e trasparenza 2022”.

17/03/2022 – Consulbrokers s.p.a. – 1° modulo – Contratto di assicurazione” – “2° modulo – La responsabilità patrimoniale” – “3° modulo – Il ramo tutela legale”.

28/06/2022 - Consulbrokers s.p.a. - "Il consenso informato e le DAT - il CAVS e il Risk Managment in Sanità - GLi elementi e le tecniche di analisi del rischio".

21/07/2022 – ANAC - Come misurare la corruzione: il nuovo portale di ANAC.

14/12/2022 – ANAC - Giornata del Responsabile della prevenzione della corruzione e per la trasparenza VIII edizione “VALORE PUBBLICO, PNRR e PNA 2022”.

TUTTI I DIPENDENTI

Progetto Formativo Aziendale “Trasparenza, Anticorruzione e Codice di Comportamento nelle Aziende Sanitarie. Adempimenti e Responsabilità” – ASP MESSINA - Rif. Prov. ECM n.400-8245 tenutosi in modalità videoconferenza ai dipendenti dell'A.S.P. di Messina. Docenti RPCT e Collaboratore del RPCT, svolto nelle seguenti giornate (n.7 ore ad evento).

- 05/07/2022 P.O. Taormina (14 partecipanti)

- 06/07/2022 P.O. Milazzo (n.22 partecipanti)

- 07/07/2021 P.O. Patti (n.23 partecipanti)

- 13/07/2022 P.O. S. Agata M.llo (n.25 partecipanti)

In particolare, la formazione specifica approfondisce, ai fini del coinvolgimento dei dipendenti all'aggiornamento del Piano, particolari contenuti della normativa in relazione alla specificità del settore sanitario: il progetto di formazione specifica aziendale “Anticorruzione e trasparenza – Conflitto di interessi”, tenuto in una edizione (16/12/2019) dall'Ufficio del RPCT e dal DPO, rivolto ai Direttori di Struttura Complessa delle aree a rischio, con particolare riguardo al Piano Nazionale Anticorruzione 2019, con uno specifico approfondimento sul

sistema di mappatura dei processi nelle aree a più elevato rischio di corruzione, al conflitto d'interesse e ai modelli di dichiarazione, ed alle implicazioni tra trasparenza e protezione dei dati.

Si ritiene opportuno citare anche la formazione erogata dal DPO, Avv. Sandro di Minco, il quale ha formalmente richiesto gruppo di lavoro dei «Facilitatori» dell'Ufficio protezione dati allo scopo di coadiuvare il DPO nell'esercizio delle proprie funzioni, con compiti di raccordo, divulgazione e audit sulla conformità alle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati, ricomprendendo gran parte delle macrostrutture aziendali interessate dalla normativa in materia di protezione dei dati personali (deliberazione n.3784/CS del 25/10/2021).

L'ASP di Messina ha inteso, pertanto, dare un nuovo impulso al settore.

In tale ambito specifico sono stati approfonditi i seguenti argomenti:

➤ trattamento dei dati personali effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza con riferimento alle rispettive normative in materia:

- D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.;

- GDPR e nuovo Codice della Privacy D.Lgs. 196/2003, modificato dal D.Lgs 10/08/2018 n° 101.

In particolare:

- trasparenza amministrativa e protezione dei dati;

- Livello minimo qualitativo (dovere delle PP.AA. di rendere i dati comprensibili, conoscibili);

- Principi di pertinenza e non eccedenza;

- Pubblicità dell'attività amministrativa (Albo Pretorio on line);

- Base giuridica per il trattamento dei dati;

- Amministrazione trasparente (Allegato A - D.Lgs. 33/13, artt.14-15, come modificato dal D.Lgs. 97/16);

- Sistemi di conoscibilità dell'azione amministrativa: accesso documentale (L.241/90), accesso civico semplice (art.5, c.1 D.Lgs. 33/13), accesso civico generalizzato (art. 5, c.2 D.Lgs. 33/13);

- Punti di contatto Trasparenza – Privacy.

Il piano formativo 2023 in ambito di trasparenza e anticorruzione, formulato sulla base dei bisogni formativi individuati dal RPCT anche in relazione a quanto disposto dalla Delibera n.831/2016 (PNA 2016), comprende i due diversi livelli già implementati, in prosecuzione del percorso avviato:

1. **formazione generale**, rivolto a tutti i dipendenti, che contempera l'approccio contenutistico per portare a conoscenza i principi fondamentali dell'assetto normativo (legge n.190/2012, D.Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, D.Lgs. n.39/2013), finalizzato a veicolare conoscenze e competenze, anche in relazione al Codice di Comportamento (doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta, conflitto d'interesse) e alla Trasparenza, con l'approccio valoriale, centrato sulle tematiche dell'etica e della legalità che progressivamente raggiunga tutti i dipendenti, a partire dalle aree a rischio;

2. **formazione specifica**, sia per figure professionali, sia per settori di attività, sia per aspetti particolari del Codice di Comportamento, rivolto al Responsabile della Prevenzione, al suo gruppo di supporto, ai referenti, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, finalizzato ad esaminare ed affrontare problematiche concrete di prevenzione della corruzione nel contesto di attività specifiche, al fine di prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione.

La formazione effettuata nel 2020, in presenza, tenuta tra fine febbraio e inizio marzo, è stata effettuata al fine di favorire la massima diffusione dei concetti necessari per la piena consapevolezza del corrispondente "dovere" da parte dei dipendenti, grazie al coinvolgimento e alla responsabilizzazione di tutti i professionisti interessati, per accompagnare i dipendenti alla

corretta compilazione della modulistica sulla dichiarazione pubblica del conflitto di interessi implementata dall'Assessorato Regionale della Salute e per sostenere i processi di mappatura e gestione del rischio delle unità operative che hanno dimostrato difficoltà in merito. Particolare attenzione è stata data alle esercitazioni in aula riguardo alle mappatura dei processi e alla ponderazione dei rischi di corruzione secondo la nuova metodologia implementata presso l'ASP di Messina, dall'Ufficio del RPCT.

Per quanto concerne il 2023, tenuto conto di quanto evidenziato in sede di audit da parte dei responsabili delle UU.OO. in merito alla scarsa conoscenza sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza da parte degli operatori, si prevede la prosecuzione del percorso avviato nel 2020 dall'Ufficio del RPCT. Pertanto, sarà effettuata specifica formazione sul PNA 2019, sulla metodologia proposta dal Piano, ed in particolar modo su quella implementata nel presente Piano, nonché sulla capillare conoscenza del Codice di Comportamento aziendale, dei conflitti di interessi, sulla trasparenza, con specifici interventi di formazione/informazione in merito alla rotazione e a specifiche tematiche del D.Lgs. n.97/2016, in particolare sull'accesso civico generalizzato, sugli aspetti tecnici e normativi relativi agli obblighi di pubblicazione, nell'ambito dell'interazione con la nuova normativa in tema di protezione dei dati personali (GDPR e le modifiche del D.Lgs. n.196/2003 introdotte dal D.Lgs. n.101/2018). A causa del procrastinarsi dell'emergenza sanitaria nel 2022, si prevede che tale formazione sarà effettuata con modalità a distanza, tenuto anche conto delle dimensioni territoriali aziendali e direttamente dall'Ufficio del RPCT, al fine anche di favorire il maggior coinvolgimento dei dipendenti rafforzando, attraverso un canale diretto, le conoscenze sulle problematiche e sulle tematiche.

Tali eventi formativi saranno integrati dalle novità introdotte in tema di anticorruzione e trasparenza inerenti il P.I.A.O. (DPR 81/2022 e Decreto n.132/2022).

Si fa ancora presente che la formazione è strutturata ed erogata in base a criteri definiti dal RPCT, nella maniera più capillare possibile, tenendo presente il ruolo affidato a ciascun soggetto e le aree coinvolte dalle tematiche, favorendo così l'alta convergenza e l'appropriatezza di contenuti e destinatari, in grado questi ultimi, per la propria posizione e responsabilità, di veicolare sul campo la formazione ricevuta ai propri collaboratori.

PATTI DI INTEGRITÀ

I patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'A.V.C.P., con determinazione n.4/2012, si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità.

Nella determinazione si precisa che *"mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066)."*

Pertanto:

1) nelle procedure di gara per la fornitura di beni/servizi e per l'esecuzione di lavori dell'A.S.P. di Messina, a pena di esclusione, le Ditte partecipanti sottoscrivono il Patto di Integrità secondo modello predisposto dall'Azienda che dovrà essere presentato in uno alla documentazione necessaria per la partecipazione alla procedura predetta;

2) negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito è inserita la clausola secondo la quale il mancato rispetto del patto d'integrità sottoscritto dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto;

3) la mancata previsione negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito della predetta clausola di salvaguardia, e/o la mancata verifica della sottoscrizione del Patto d'Integrità costituiscono violazioni dei doveri del pubblico dipendente.

In particolare, i Direttori della U.O.C. Provveditorato, della U.O.C. Tecnico, della dell'A.S.P. sono tenuti ad assicurare che negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito sia inserita la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Al rispetto di tale disposizione sono, altresì, tenuti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di situazioni di specie.

Riguardo al protocollo di legalità, sin dal 2018 è stato predisposto un apposito documento che è stato inviato alla Prefettura di Messina per la condivisione.

Ulteriori disposizioni sono state impartite alle UU.OO. interessate in merito alle indicazioni riportate dall'ANAC, nel merito, nel PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, riguardo ai necessari adeguamenti dei patti d'integrità in merito al rispetto delle disposizioni in materia di pantouflage (note prot. n.169154 del 20/12/2022 e prot. n.9982 del 20/01/2023).

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ

Come per gli anni passati, poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento degli operatori e dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza (i cosiddetti *stakeholder*).

In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a favorire il dialogo sia nel contesto interno sia con l'esterno, per implementare un rapporto di fiducia e promuovere la cultura della legalità e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "*silenti*". Tali azioni sono state supportate da un percorso di valorizzazione sinergica delle strutture e delle funzioni aziendali legate alla Comunicazione, al fine di coordinarle all'interno di una rete in grado di sostenere nel tempo il cambiamento culturale del contesto interno ed esterno dell'organizzazione. Il Piano Aziendale della Comunicazione, l'Unità Operativa Comunicazione, cui afferisce l'URP, e il sito web aziendale sono gli strumenti attraverso i quali si è resa sistematica e continuativa l'attività di sensibilizzazione sui temi della legalità, che il PTPCT 2022-2024 riprende in funzione di una progressiva integrazione, individuando a tal fine anche il Comitato Consultivo Aziendale, che costituisce una risorsa nell'interfaccia con la società civile, in quanto contemporaneamente organismo dell'azienda e insieme di associazioni di volontariato rappresentative del territorio.

In linea con gli assunti della comunicazione organizzativa, e coerentemente con le indicazioni dell'aggiornamento al PNA, che raccomandano di considerare le misure di controllo del rischio corruttivo quali misure organizzative finalizzate al miglioramento dei processi aziendali e al loro funzionamento nella logica dell'*accountability*, della legalità e della responsabilità sociale, la presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. 2023-2025 individua, per le aree mappate come aree di rischio, tanto le misure organizzative quanto gli strumenti di comunicazione interna ed esterna che ne accompagneranno l'implementazione.

L'ottica è dinamica e vede la buona comunicazione sostenere la buona amministrazione, fondendosi con essa, e viceversa.

Gli ambiti interessati sono prevalentemente la comunicazione interna e quella esterna, i cui stakeholder sono raggiunti mediante tutti i canali già attivati o attivabili, utilizzando e affiancando altresì, ove opportuno, le azioni previste dalle diverse sezioni del Piano della Comunicazione. Quest'ultima modalità è stata già sperimentata a proposito del progetto Navigazione Facile, che ha messo insieme varie azioni previste a cominciare dal Piano di Comunicazione 2015 in seno agli obiettivi della comunicazione esterna per Amministrazione Trasparente, Carta dei Servizi, URP & P.T., sito WEB, dando vita ad un sistema di accesso facilitato e completo alle informazioni relative ai servizi e alle prestazioni dell'A.S.P., fruibile on line da tutti i cittadini.

L'implementazione continua e coerente con le indicazioni dell'Autorità, della sezione *Amministrazione Trasparente* ha permesso di rendere accessibili e trasparenti i processi dell'A.S.P., consentendo ai cittadini e, in genere, a tutti i portatori di interesse, di esercitare un effettivo potere di controllo sull'attività amministrativa, che è stato ulteriormente esteso dal 2017 in poi, sia mediante l'attivazione della casella "Contattaci" sull'home page del sito web aziendale, sia per gli adempimenti richiesti dal D.Lgs. n.97/2016 in merito all'istituto dell'accesso civico generalizzato e agli obblighi di trasparenza.

Nel corso degli ultimi anni, inoltre, l'aggiornamento e il completamento della sezione Amministrazione Trasparente, unitamente al relativo monitoraggio con il coinvolgimento del pubblico al quale il progetto si rivolge, sono individuati quali ulteriori obiettivi di comunicazione esterna.

Le azioni necessarie per assicurare il coinvolgimento degli Operatori nella gestione, alimentazione e aggiornamento delle informazioni (istruzioni operative, leve motivazionali, formazione...) sono invece obiettivo della comunicazione interna e continueranno a privilegiare la creazione dei flussi per il monitoraggio dell'applicazione delle misure di controllo del rischio, concertati tra il RPCT, l'Internal Auditor, il Controllo di Gestione e i Responsabili delle Strutture. Particolare spazio occupa il ruolo svolto dalla UOS Comunicazione (U.R.P.), che rappresenta, per missione istituzionale, la prima interfaccia con la cittadinanza, ed è fondamentale nel veicolare l'immagine dell'amministrazione e della sua dimensione valoriale, mentre al contempo, ricevendo e trattando le segnalazioni e i reclami per disservizi o scarsa qualità delle prestazioni, l'URP rappresenta anche un canale di ascolto del cittadino ed un importante strumento di mediazione in grado di ristabilire fiducia e legittimazione.

Considerato che l'azione di prevenzione e contrasto della corruzione richiede proprio un'apertura di credito e di fiducia nella relazione con i cittadini, le associazioni di tutela degli utenti e le imprese, che possa nutrirsi anche di rapporto continuo, alimentato dal funzionamento di stabili canali di comunicazione, è stato ratificato il flusso informativo tra il RPCT e l'UOS Comunicazione (URP) delle segnalazioni riguardanti violazioni del codice di comportamento e delle norme in materia di anticorruzione, prevedendolo all'interno del Regolamento di Pubblica Tutela adottato dall'Azienda.

Analoga attenzione alla relazione con la società civile e alla crescita della cultura sociale della legalità ha ispirato la scelta di costruire un dialogo stabile tra il RPCT, il Servizio Sociale Professionale aziendale, il Comitato Consultivo Aziendale ed il DPO (dal 2018), iniziato a partire dalla collaborazione in occasione della Giornata della Trasparenza 2016, da ultimo nel 2022, protratta anche negli anni successivi, e che punterà a coinvolgere questo importante target di stakeholder nell'organizzazione di eventi di sensibilizzazione anche nel 2023.

TEMPI

MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI

La legge n.190/2012 è intervenuta anche sulla disciplina del procedimento amministrativo prevedendo, all'art.1 comma 9 lettera d), quale misura trasversale prevista nel PTPC la necessità "di monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti"

Relativamente alle conseguenze per il ritardo dell'Amministrazione nella conclusione del procedimento la Legge n.241/1990, inoltre, prevede all'art 2 bis oltre al risarcimento previsto dal comma 1, anche un indennizzo per il mero ritardo (comma 1 bis) (introdotto dall'art 28 della legge n.98/2013 (decreto del fare). "La mancata o tardiva emanazione del provvedimento costituisce elemento di valutazione della performance individuale, nonché di responsabilità disciplinare e amministrativo contabile del dirigente e del funzionario inadempiente" (legge n.241/1990).

I Responsabili UU.OO.CC. individuano i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza e provvedono al monitoraggio periodico del loro rispetto con cadenza quadrimestrale, avendo cura anche di trasmettere le risultanze al RPCT mediante reports all'uopo predisposti.

Il RPCT, avvalendosi degli operatori dell'URP afferenti all'U.O.S. Comunicazione, procede annualmente alla verifica del rispetto dei tempi procedurali dichiarati, mediante il controllo a campione dei procedimenti esitati dalle strutture in grado di costituire una mappatura sufficientemente rappresentativa dell'attività aziendale nelle aree di rischio: nel 2020 sono state monitorate, prima in presenza e, successivamente a distanza a causa dell'emergenza Covid-19, le Strutture secondo quanto previsto nella relativa programmazione.

Anche per il 2022 è stato effettuato il monitoraggio dei tempi procedurali a cura della U.O.S. Comunicazione su specifiche tipologie di procedimenti appositamente individuate dal RPCT, il cui esito è risultato sostanzialmente positivo.

CRONOPROGRAMMA

La presente sottosezione costituisce un documento dinamico soggetto, pertanto, ad aggiornamento progressivo anche sulla base dell'esperienza che si maturerà nel tempo.

Al momento attuale si prevede, nel triennio, di sviluppare le seguenti attività:

CRONOPROGRAMMA		
Tempistica	Attività	Soggetto competente
Gennaio anni 2023-2024-2025	Trasmissione della bozza della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. al Direttore Generale	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Entro 31 gennaio anni 2023-2024-2025	Delibera Adozione del P.I.A.O., comprendente la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"	Direttore Generale
Prima data utile di pubblicazione all'Albo dell'A.S.P.	➤ Caricamento del P.I.A.O. sul portale PIAO, creato dal Dipartimento della Funzione Pubblica	Soggetto individuato a tale adempimento dal Direttore Generale

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pubblicazione sul sito web aziendale del P.I.A.O. ➤ Comunicazione all'Assessorato Regionale della Salute, all'OIV e al Collegio Sindacale dell'avvenuta adozione e pubblicazione del P.I.A.O., comprendente la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" 	Direttore Generale
		Direttore Generale
Immediatamente successiva alla pubblicazione all'Albo dell'A.S.P. (febbraio 2023-2024-2025)	Comunicazione a tutti i dipendenti	Direttore Generale e RPCT
Data di assunzione dei dipendenti	Consegna della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. al momento dell'assunzione	Responsabile U.O.C. Gestione Personale Dipendente
31 Maggio anni 2023-2024-2025 e/o tempestivo per singola attività	Accertamento dei conflitti di interesse mediante sottoscrizione di apposito modulo	Responsabili UU.OO.CC.
31 Maggio anni 2023-2024-2025	Rilevazione del rispetto dei termini previsti dalla legge e regolamenti per la conclusione dei procedimenti	Responsabili UU.OO.CC.
20 Giugno anni 2023-2024-2025	Trasmissione al RPCT dei conflitti di interesse accertati con indicazione delle relative misure poste in essere	Responsabili UU.OO.CC.
Anno 2023	Implementazione delle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi – Allegato 1 PNA 2019 attraverso audit con le UU.OO. interessate	RPCT, UOC Controllo di gestione, Gruppo multidisciplinare di supporto e Direttori UU.OO.CC. interessate
Anno 2023	Audit con valutazione della documentazione per quanto concerne l'area di rischio "Liste d'attesa" (Area di rischio 10) e "Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero (Area di rischio 13)	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto
Anno 2023	Audit con valutazione della documentazione per quanto concerne l'area di rischio "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio" (Area di rischio 5 – processo Liquidazione onorari professionisti esterni (Avvocati))	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto
Anno 2023	Audit con valutazione della documentazione per quanto concerne l'area di rischio "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio" (Area di rischio 5 – processo Rimborso spese procedimenti penali)	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto
Anno 2023	Audit con valutazione della documentazione per quanto concerne l'area di rischio "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio" (Area di rischio 5 – processo Costituzione Fondo Rischi)	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto
Anno 2023	Monitoraggio scheda Area 3 – n.5 U.O.C. Provveditorato – U.O.C. Tecnico (normativa derogatoria Codice dei Contratti) secondo la	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto

	percentuale prestabilita	
20 Luglio anni 2023-2024-2025	Relazione semestrale (monitoraggio di primo livello-autovalutazione) sull'applicazione delle misure da inviare al RPCT e all'UO controllo di gestione con specifica evidenza dell'attuazione della misura della rotazione degli incarichi secondo tempistica stabilita nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O.	Responsabili UU.OO.CC.
2° semestre anni 2023-2024-2025	Monitoraggio di secondo livello sull'applicazione delle misure della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. anche mediante AUDIT programmati con le UU.OO.CC.	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto
2° semestre anni 2023-2024-2025	Riesame sull'efficacia della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O.	RPCT
2° semestre anni 2023-2024-2025	Monitoraggio rotazione degli incarichi	RPCT
Novembre-Dicembre anni 2023-2024-2025	Ricognizione dei bisogni formativi in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza delle UU.OO. aziendali a seguito del monitoraggio e riesame	RPCT, UO Formazione e Responsabili UU.OO.CC.
31 Dicembre anni 2023-2024-2025	Monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge e regolamenti per la conclusione dei procedimenti	RPCT con supporto UOS Comunicazione/URP
Anni 2023-2024-2025	Attività formativa rivolta a tutti i dipendenti in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT, UO Formazione e Responsabili UU.OO.CC.
Anni 2023-2024-2025, (al conferimento dell'incarico o all'anno dalla precedente dichiarazione)	Acquisizione dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità del DG, DS, DA	Responsabile U.O.C. Gestione Personale Dipendente
15 Dicembre o altra data indicata dall'ANAC anni 2023-2024-2025	Redazione e pubblicazione sul sito dell'Azienda della relazione annuale, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. n.190/2012 e del P.N.A., a consuntivo delle attività svolte nello stesso anno, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dalla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O.	RPCT
15 Dicembre o altra data indicata dall'ANAC anni 2023-2024-2025	Trasmissione al Direttore Generale e all'OIV della relazione annuale, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della L. n.190/2012 e del P.N.A., a consuntivo delle attività svolte nello stesso anno, sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dalla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O.	RPCT

Per la effettuazione delle verifiche previste dal sopra riportato Cronoprogramma, saranno appositamente predisposte schede e/o reports per i soggetti interessati ai monitoraggi e trasmessi agli stessi in tempo utile a garantire il rispetto della relativa tempistica.

Durante il corso dell'anno, potranno essere previsti ulteriori monitoraggi sullo stato di avanzamento degli obiettivi, al fine di intraprendere tempestivamente eventuali azioni correttive.

Quanto precede ferme restando le nuove disposizioni in materia di P.I.A.O. e della relativa sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", secondo le nuove indicazioni del DPR 81/2022 e del Decreto 132/2022, nonché delle indicazioni dell'ANAC.

INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE

Come già rappresentato, è ormai chiaro il concetto che le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, oltre che essere elaborate del "valore pubblico", sono esse stesse produttive di "valore pubblico".

Atteso ciò, la prima fase del trattamento del rischio riguarda la identificazione delle misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione, in funzione delle criticità rilevate in sede di analisi.

In questa fase, quindi, l'ASP di Messina è tenuta ad individuare le misure più idonee a prevenire i rischi individuati, in funzione del livello di rischio e dei loro fattori abilitanti. Ne consegue che la correttezza e l'accuratezza dell'analisi svolta incide fortemente sull'individuazione delle misure più idonee a prevenire il rischio: pertanto, minore è la conoscenza del processo, più generica sarà l'individuazione degli eventi rischiosi; mentre più superficiale è la fase di analisi e valutazione del rischio, minori saranno le informazioni utili a calibrare le misure di prevenzione in funzione dei rischi individuati e delle caratteristiche dell'organizzazione.

L'obiettivo di questa prima fase del trattamento è quella di individuare, per quei rischi / attività del processo cui si riferiscono ritenuti prioritari, l'elenco delle possibili misure di prevenzione della corruzione collegate a tali rischi. Si riportano, nel seguente prospetto le principali tipologie di misure che possono essere individuate sia come generali che specifiche.

Tipologie di misure generali e specifiche

Le categorie di misura riportate di seguito possono dar luogo, in funzione delle esigenze dell'organizzazione, a misure sia "generali" che "specifiche".

Ad esempio, una misura di trasparenza può essere programmata come misura "generale" o come misura "specifiche":

- *generale* quando riguarda trasversalmente tutta l'organizzazione, al fine di migliorare complessivamente la trasparenza dell'azione amministrativa (es. la corretta e puntuale applicazione del D.Lgs. 33/2013);
- *specifiche* se riguarda specifici problemi di scarsa trasparenza rilevati tramite l'analisi del rischio trovando, ad esempio, modalità per rendere più trasparenti particolari processi prima "opachi" e maggiormente fruibili informazioni sugli stessi.

Tipologie di misure generali e specifiche:

- controllo;
- trasparenza;
- definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
- regolamentazione;
- semplificazione;
- formazione;
- sensibilizzazione e partecipazione;
- rotazione;
- segnalazione e protezione;
- disciplina del conflitto di interessi;
- regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).

Come evidenziato nel PNA 2019 (Allegato 1), tra le suddette principali categorie di misure, si ritengono particolarmente importanti quelle relative alla semplificazione e sensibilizzazione interna (promozione di etica pubblica) in quanto, come rilevato nelle fasi di monitoraggio, risultano non completamente implementate.

La semplificazione, in modo particolare, si ritiene sia utile nei casi in cui l'analisi del rischio abbia evidenziato che i fattori abilitanti i rischi del processo siano costituiti da una regolamentazione eccessiva o non chiara, con conseguente eccessiva complessità e/o non corrette interpretazioni delle regole; ne consegue, altresì, una forte asimmetria informativa tra il cittadino/utente e colui che ha la responsabilità/interviene nel processo.

A tal fine, si rammenta che uno degli scopi della mappatura dei processi sia di far emergere ridondanze, duplicazioni e inefficienze, per cui procedere ad una semplificazione del processo costituisce rappresenta una efficace misura di prevenzione della corruzione.

Inoltre, l'eccessiva regolamentazione o esistenza di procedure all'interno di una amministrazione per disciplinare determinati ambiti di intervento può determinare confusione: per cui una misura di semplificazione potrebbe consistere nel superamento di tutti questi atti interni attraverso un unico strumento di regolamentazione.

È altresì evidente che la corruzione è sovente causata da un problema culturale, o da assenze di conoscenze delle regole di comportamento; pertanto, è intenzione di questa ASP incidere su tali tipologie di fattori ricorrendo a misure di sensibilizzazione e di promozione dell'etica, come formazione ad hoc, informazione e comunicazioni sui doveri e gli idonei comportamenti da tenere in particolari situazioni concrete. È utile in questi casi il coinvolgimento di tutti gli attori interessati da situazioni reali di rischio corruttivo mediante case studies e discutere con i partecipanti sui comportamenti che possono favorire l'emergere di criticità, attraverso riflessioni su temi come il ruolo della dirigenza, la relazione tra comportamenti privati e di lavoro in ufficio, l'utilizzo improprio dei beni dell'amministrazione, ecc.

L'individuazione delle misure di prevenzione non viene fatta in maniera astratta e generica: l'indicazione della mera categoria della misura non può, in alcun modo, assolvere al compito di individuare la misura (sia essa generale o specifica) che si intende attuare. Nella presente sottosezione è chiaramente indicata la misura puntuale che l'amministrazione ha individuato ed intende attuare, al fine di evitare, come rilevato dall'ANAC, un diffuso uso di misure di prevenzione espresse in maniera generica che non consentono di comprendere le azioni e le modalità di attuazione delle stesse (ad esempio, indicazioni generiche quali organizzazione di incontri, comunicazioni interne, regolamenti, controlli), che sebbene utili a identificare la categoria di misura prevista, non possono essere considerate idonee ad indicare la misura concreta che si intende adottare. Pertanto la misura viene descritta con accuratezza, al fine di far emergere concretamente l'obiettivo che si vuole perseguire e le modalità con cui verrà attuata per incidere sui fattori abilitanti il rischio.

Anche l'individuazione delle misure avviene con il coinvolgimento della struttura organizzativa, valutando e recependo le indicazioni dei soggetti interni interessati (responsabili e addetti ai processi), ma anche promuovendo eventuali opportuni canali di ascolto degli stakeholder. Pertanto, la proposta di misure di prevenzione non può essere considerata come compito esclusivo del RPCT, ma è piuttosto responsabilità di ogni dirigente che, in quanto competente per il proprio ufficio e a conoscenza dei processi e delle rispettive attività, è il soggetto più idoneo ad individuare misure realmente incisive per prevenire gli specifici rischi.

A tal fine, vengono promossi continui confronti tra RPCT e dirigenti volti a individuare soluzioni concrete e ad evitare misure astratte, poco chiare o irrealizzabili. È utile ribadire che, in base all'art. 16, co. 1, lett. l-bis) del D.Lgs. 165/2001, i dirigenti concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti. Alla successiva lettera l-ter) si specifica che i dirigenti forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle

attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo.

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere ai requisiti riportati nel seguente prospetto, come indicato nell'Allegato 1 del PNA 2019.

Requisiti delle misure

- **Presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici** pre-esistenti sul rischio individuato e sul quale si intende adottare misure di prevenzione della corruzione. Al fine di evitare la stratificazione di misure che possono rimanere inapplicate, si rappresenta che, prima dell'identificazione di nuove misure, è necessaria un'analisi sulle eventuali misure previste nei Piani precedenti e su eventuali controlli già esistenti (sul rischio e/o sul processo in esame) per valutarne il livello di attuazione e l'adeguatezza rispetto al rischio e ai suoi fattori abilitanti. Solo in caso contrario occorre identificare nuove misure; in caso di misure già esistenti e non attuate, la priorità è la loro attuazione, mentre in caso di inefficacia occorre identificarne le motivazioni al fine di modificare/integrare le misure/i controlli esistenti.
- **Capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio.** L'identificazione della misura di prevenzione deve essere considerata come una conseguenza logica dell'adeguata comprensione dei fattori abilitanti l'evento rischioso. Se l'analisi del rischio ha evidenziato che il fattore abilitante di un evento rischioso in un dato processo è connesso alla carenza dei controlli, la misura di prevenzione dovrà incidere su tale aspetto e potrà essere, ad esempio, l'attivazione di una nuova procedura di controllo o il rafforzamento di quelle già presenti. In questo stesso esempio, avrà poco senso applicare per questo evento rischioso la rotazione del personale dirigenziale perché, anche ammesso che la rotazione fosse attuata, non sarebbe in grado di incidere sul fattore abilitante l'evento rischioso (che è appunto l'assenza di strumenti di controllo). Al contrario, se l'analisi del rischio avesse evidenziato, per lo stesso processo, come fattore abilitante per l'evento rischioso il fatto che un determinato incarico è ricoperto per un tempo eccessivo dal medesimo soggetto, la rotazione sarebbe una misura certamente più efficace rispetto all'attivazione di un nuovo controllo.
- **Sostenibilità economica e organizzativa delle misure.** L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni. Se fosse ignorato quest'aspetto, i PTPCT finirebbero per essere poco realistici e quindi restare inapplicati. D'altra parte, la sostenibilità organizzativa non può rappresentare un alibi per giustificare l'inerzia organizzativa rispetto al rischio di corruzione. Pertanto, sarà necessario rispettare due condizioni: a) per ogni evento rischioso rilevante, e per ogni processo organizzativo significativamente esposto al rischio, deve essere prevista almeno una misura di prevenzione potenzialmente efficace; b) deve essere data preferenza alla misura con il miglior rapporto costo/efficacia.
- **Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.** L'identificazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione. Per questa ragione, i PTPCT dovrebbero contenere un numero significativo di misure specifiche (in rapporto a quelle generali), in maniera tale da consentire la personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione sulla base delle esigenze peculiari di ogni singola amministrazione.
- **Gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.** Nel

definire le misure da implementare occorrerà tener presente che maggiore è il livello di esposizione dell'attività al rischio corruttivo non presidiato dalle misure già esistenti, più analitiche e robuste dovranno essere le nuove misure.

L'ANAC è tornata sull'argomento, facendo espresso richiamo, nel PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, alle misure organizzative, elencando le stesse, con precisazioni in merito:

- misure di trasparenza;
- misure di rotazione;
- misure di controllo;
- misure di formazione;
- misure di gestione del conflitto di interessi;
- misure di gestione del pantouflage;
- misure di segnalazione whistleblowing.

A tal proposito si rappresenta che tali misure sono state già implementate nei precedenti piani e nella presente sezione del P.I.A.O. (vedi Allegato 1).

PROGRAMMAZIONE DELLE MISURE

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 della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" 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.

Elementi descrittivi delle misure

- **Fasi (e/o modalità) di attuazione della misura.** Laddove la misura sia particolarmente complessa e necessiti di varie azioni per essere adottata e presuppone il coinvolgimento di più attori, ai fini di una maggiore responsabilizzazione dei vari soggetti coinvolti, appare opportuno indicare le diverse fasi per l'attuazione, cioè l'indicazione dei vari passaggi con cui l'amministrazione intende adottare la misura;
- **Tempistica di attuazione della misura e/o delle sue fasi.** La misura (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola), deve opportunamente essere scadenziata nel tempo. Ciò consente ai soggetti che sono chiamati ad attuarle, così come ai soggetti chiamati a verificarne l'effettiva adozione (in fase di monitoraggio), di programmare e svolgere efficacemente tali azioni nei tempi previsti;
- **Responsabilità connesse all'attuazione della misura** (e/o ciascuna delle fasi/azioni in cui la misura si articola). In un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa e dal momento che diversi uffici possono concorrere nella realizzazione di una o più fasi di adozione delle misure, occorre indicare chiaramente quali sono i responsabili dell'attuazione della misura e/o delle sue fasi, al fine di evitare

frammentamenti sulle azioni da compiere per la messa in atto della strategia di prevenzione della corruzione;

- **Indicatori di monitoraggio e valori attesi**, al fine di poter agire tempestivamente su una o più delle variabili sopra elencate definendo i correttivi adeguati e funzionali alla corretta attuazione delle misure.

Nella tabella seguente si riportano esempi di indicatori di monitoraggio per tipologia di misura. Gli stessi potranno essere di semplice verifica di attuazione on/off oppure SI/NO (es. presenza o assenza di un determinato regolamento), quantitativi (es. numero di controlli su numero pratiche) o qualitativi (es. audit o check list volte a verificare la qualità di determinate misure).

Tipologia di misura	Tipologia di misura
misure di controllo	numero di controlli effettuati su numero di pratiche/provvedimenti/etc
misure di trasparenza	presenza o meno di un determinato atto/dato/informazione oggetto di pubblicazione
misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;	numero di incontri o comunicazioni effettuate
misure di regolamentazione	verifica adozione di un determinato regolamento/procedura
misure di semplificazione	presenza o meno di documentazione o disposizioni che sistematizzino e semplifichino i processi
misure di formazione	numero di partecipanti a un determinato corso su numero soggetti interessati; risultanze sulle verifiche di apprendimento (risultato dei test su risultato atteso)
misure di sensibilizzazione e partecipazione	numero di iniziative svolte ed evidenza dei contributi raccolti
misure di rotazione	numero di incarichi/pratiche ruotate sul totale
misure di segnalazione e protezione	presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti
misure di disciplina del conflitto di interessi	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente
misure di regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies).	presenza o meno di discipline volte a regolare il confronto con le lobbies e strumenti di controllo

Il PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, cui si rinvia, riprende tali misure, dando ulteriori indicazioni in merito agli obiettivi, agli indicatori e alle domande di verifica.

Nella seguente tabella si riporta uno schema semplificato della programmazione operativa delle misure.

MISURA x	Descrizione misura			
	Fasi per l'attuazione	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori di monitoraggio
Fase 1	Entro il _/_/___	U.O. x	Es. nr. _/___	Es. nr. _/___
...
Fase n	Entro il _/_/___	U.O. x	Es. nr. _/___	Es. nr. _/___

Tenuto conto dell'impatto organizzativo, l'identificazione e la programmazione delle misure devono avvenire, così come è già stato implementato nei precedenti PTPCT, con il più ampio coinvolgimento dei soggetti cui spetta la responsabilità della loro attuazione, anche al fine di individuare le modalità più adeguate in tal senso.

È utile rammentare che un Piano anticorruzione (attuale sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza") privo di misure adeguatamente programmate (con chiarezza, articolazione di responsabilità, articolazione temporale, verificabilità effettiva attuazione, verificabilità efficacia), risulterebbe mancante del contenuto essenziale previsto dalla legge.

Riguardo alla progettazione delle misure, si riportano a seguire le schede contenenti le stesse per Area di Rischio e U.O. aziendale interessata.

Come già precisato in precedenza, preso atto delle nuove prescrizioni normative inerente il PIAO (DL 80 del 9 giugno 2021, convertito in Legge 113 del 6 agosto 2021), sia riguardo ai contenuti che alle tempistiche della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza", fermo restando la pubblicazione della relazione del RPCT prevista entro il 15/01/2023, come da comunicato del Presidente dell'ANAC 30/11/2022., si è proceduto all'aggiornamento della relativa sezione del P.I.A.O., tenuto conto è stato necessario ripristinare le tempistiche consolidate di attuazione di alcune misure contenute nelle schede delle misure di prevenzione relative ai mesi di febbraio e marzo, una volta superate le criticità conseguenti ai differimenti sulle tempistiche disposti da fonti normative ed indicazioni ANAC dovuti sia all'emergenza sanitaria da Covid-19, che dalle novità normative in materia di P.I.A.O., a causa delle quali la tempistica di dette misure era stata differita ai mesi successivi.

In definitiva, è ormai consolidato il concetto che le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza, oltre che essere elaborate del "valore pubblico", sono esse stesse produttive di "valore pubblico".

AREA DI RISCHIO 1	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO CONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
--------------------------	---

- scheda 1.1** - UOC SIAV (nuova metodologia)
- scheda 1.2** - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE (nuova metodologia)
- scheda 1.3** - U.O.C. SIAPZ (nuova metodologia)
- scheda 1.4** - DISTRETTI SANITARI
- scheda 1.5** - UOC ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA - MEDICINA LEGALE (nuova metodologia)
- scheda 1.6** - UOC ASSISTENZA SANITARIA PAZIENTI FRAGILI (nuova metodologia)
- scheda 1.7** - UOC COORDINAMENTO ATTIVITA' CONSULTORIALI (nuova metodologia)

Riguardo alla **scheda 1.4** - DISTRETTI SANITARI, è opportuno far rilevare che con riferimento alla deliberazione n.3436/C del 30/11/2018, con la quale è stato adottato il regolamento per la gestione delle attività della Commissione istituita in ottemperanza al Piano anticorruzione di questa ASP, tale attività di controllo incentivata soprattutto riguardo al 100% delle verifiche di collaudo presso i Distretti Sanitari, per forniture di protesi ortopediche, carrozzine elettriche, unità posturali e/o presidi di valore superiore a € 2.000,00. Con disposizione del Direttore Generale prot. n.21623/20 del 19/02/2020, tale attività di controllo di congruità, da parte dei Distretti e della Commissione, è stata rivolta a tutte le prescrizioni di valore superiore a € 1.000,00. Per tali schede, come già premesso, a causa dell'emergenza sanitaria Covid-19 non è stato possibile procedere alla revisione delle relative schede implementando la nuova metodologia utilizzata.

Riguardo alla **scheda 1.7** è necessario far rilevare che, preso atto della disposizione prot. n.66407 del 19/06/2019 del Direttore Generale, inerente le attività, collaborazioni ed interventi psico-socio-sanitari, essendo tali attività non più direttamente governate dalla UOS Psicologia Area Metropolitana e Ionica e dalla UOS Psicologia Area Tirrenica", si è ritenuto opportuno attribuire tale processo alla U.O.C. Coordinamento Attività Consultoriali, che ne coordina le predette attività.

AREA DI RISCHIO 2	PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GURIDICA CON DI EFFETTO E CONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO
--------------------------	---

- scheda 2.1** - UOC OSPEDALITA' PRIVATA (nuova metodologia)
- scheda 2.2** - DIREZIONI MEDICHE E AMMINISTRATIVE STABILIMENTI OSPEDALIERI (nuova metodologia)
- scheda 2.3** - UOC ASSISTENZA SANITARIA PAZIENTI FRAGILI (nuova metodologia).

Per tale area di rischio è opportuno far rilevare che le schede delle strutture aziendali interessate sono state revisionate in base alla nuova metodologia introdotta con il presente PTPCT.

Nel 4° trimestre del 2022, in particolare, per la U.O.C. Ospedalità Privata, si è proceduto alla revisione di tale scheda a seguito di richiesta della stessa, con specifico audit verbalizzato e conseguenziale condivisione e validazione da parte del Direttore del Dipartimento Cure Ospedaliere, tenuto conto della vacatio della direzione della U.O.C..

AREA DI RISCHIO 3	CONTRATTI PUBBLICI (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)
--------------------------	---

- scheda 3.1** - UOC PROVVEDITORATO
- scheda 3.2** - UOC TECNICO

scheda 3.3 - UOC SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (nuova metodologia)

scheda 3.4 - DIREZIONI MEDICHE E AMMINISTRATIVE STABILIMENTI OSPEDALIERI

scheda 3.5 - UOC PROVVEDITORATO – UOC TECNICO (deroghe Codice Contratti Pubblici)

Relativamente alle **schede 3.1** e **3.2**, come già precisato per i Distretti Sanitari, a causa dell'emergenza sanitaria Covid-19 nel corso del 2020, prorogata anche nel 2021, e per la prolungata assenza del RPCT nel corso del 2021, non è stato possibile procedere alla revisione delle relative schede implementando la nuova metodologia utilizzata, come anche per la scheda 3.4.

Comunque, già nei precedenti Piani, al fine di garantire al RPCT una visione complessiva del ciclo di acquisti e definire una mappatura corretta, l'area in questione [in aderenza alla Determina n.12/2015 e alla Delibera n.831/2016 (PNA)], è stata scomposta nelle seguenti fasi:



All'interno di ciascuna fase sono enucleati i processi secondo le indicazioni relative alla mappatura già fornite negli aggiornamenti 2015 e 2016 del PNA. Una volta selezionati i processi, sono stati identificati i correlati eventi rischiosi e programmate le misure più idonee a prevenirli.

Misura generale e strategica, già nel PTPCT 2019-2021, in questa area di rischio è la creazione, e quindi l'acquisizione da parte del RPCT e del Controllo di gestione, nella parte dedicata al controllo del rischio corruzione, di un flusso di informazioni indispensabili per studiare e implementare, consolidare e/o apportare i dovuti correttivi alle misure specifiche di intervento per la prevenzione dei rischi di corruzione già individuate.

A tal fine vengono acquisiti alcuni elementi, individuati su base triennale, rilevati con sistematicità e periodicità, per garantire la regolarità dei flussi informativi verso il RPCT, verso gli uffici deputati al controllo interno e verso gli organi di vertice quali: numero di gare gestite dalla UOC, importo medio dei contratti, numero di procedure negoziate con o senza bando, numero di affidamenti diretti e relative modalità, rispetto dei tempi di esecuzione e/o entità media degli scostamenti, rispetto dei tempi di esecuzione e/o entità media degli scostamenti, rispetto dei termini di liquidazione/pagamento alle imprese, rispetto degli obblighi di approvvigionamento mediante gare centralizzate (CUC, di bacino etc.) e mediante strumenti elettronici di acquisto, numero di varianti in corso d'opera, numero di proroghe, numero di ricorsi giurisdizionali introdotti con specifica di quelli accolti e precisazione delle motivazioni, numero di bandi annullati in autotutela o in sede giurisdizionale, numero di opere incompiute rispetto alle programmate.

Sono state implementate le misure di trasparenza per alcuni sotto-processi, individuando la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli già previsti dalla normativa in materia, e di controllo per gli appalti di importo inferiore alla soglia di € 40.000 e per le proroghe contrattuali, tenuto conto anche delle modifiche e deroghe normative intervenute a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Anche per il 2023 particolare attenzione è stata rivolta alle fasi della "Programmazione" (tenuto conto del relativo PAC) e della "Esecuzione/Rendicontazione del Contratto", per le specificità del settore della "Sanità" rispetto al tema degli acquisti considerata la varietà e complessità dei beni e servizi, la varietà e specificità degli attori coinvolti nel processo complessivo di approvvigionamento, con particolare riferimento alle varie figure professionali (clinici, direzione sanitaria, provveditore, ingegnere clinico, epidemiologi, informatici, farmacisti, etc...), la potenziale intrinseca "prossimità di interesse", originata dal fatto che i

soggetti proponenti gli acquisti spesso sono anche coloro i quali utilizzano materiale, dispositivi e tecnologie acquistate.

Riguardo alla fase della Programmazione si è avuto riguardo ai rischi operativi riconducibili, in generale, al "frazionamento degli affidamenti", con particolare riferimento ai "beni sanitari farmaci", puntando sulla corretta gestione della determinazione del fabbisogno, alla tempistica delle comunicazioni alle centrali di committenza, con la previsione di procedure standardizzate che vedono coinvolti l'UOC Provveditorato e il Dipartimento del Farmaco.

Per le UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico, le misure ulteriori sono state individuate tra quelle indicate dall'aggiornamento PNA 2015 e PNA 2016, ossia, in tema di affidamenti in esclusiva, apposita regolamentazione, con allegata relativa modulistica per attestazione di infungibilità/esclusività; parere obbligatorio dell'Ingegnere clinico; criteri per individuazione del RUP, DEC o DL; procedure interne per la corretta conservazione della documentazione di gara; menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi per la custodia della documentazione; pubblicazione sul sito internet dei verbali di gara.

In merito alla infungibilità/esclusività dei prodotti, alla specifica misura del parere obbligatorio dell'Ingegnere Clinico, puntualmente applicata, si è aggiunta la misura ulteriore della applicazione di un regolamento (adottato con delibera n.3788 del 29/12/2017) e della predisposizione previsione, nel 2019, della relativa modulistica (per la dichiarazione di esclusività da realizzare di concerto con il Dipartimento del Farmaco).

Particolare attenzione è stata rivolta al rispetto dei tempi per la stipula dei contratti. Riguardo alla specifica misura inerente l'attività dell'Ufficiale Rogante, per scandire le competenze nell'ambito del P.T.P.C.T., si è proceduto alla revisione della scheda Area 3 - n.1, relativamente al processo 18, laddove sono state differenziate le rispettive responsabilità: al Dirigente Responsabile U.O.C. il Monitoraggio predisposizione (report), all'Ufficiale Rogante la Predisposizione (report). Per le fasi di Esecuzione/Rendicontazione del contratto (di cui l'ultima appositamente rilevata da ANAC) si è proceduto alla previsione di misure atte al rispetto della normativa in materia per la individuazione del Direttore dell'Esecuzione dei Contratti (D.E.C. - per forniture e servizi) e Direttore dell'Esecuzione dei Lavori e soprattutto a garantire i processi all'interno di queste fasi che non risultano normate, per indurre miglioramenti gestionali. A tal proposito sono state individuate quali misure di prevenzione alcune procedure PAC (percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci) adottate dall'Azienda nel 2016, nel 2017, nel 2018, revisionate nel 2019 e da ultimo nel 2021.

Sono state previste misure ulteriori per "rafforzare" la trasparenza con la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente", della programmazione annuale dei beni e servizi, degli accordi bonari, della tempestiva pubblicazione dei nominativi e dei curricula dei Commissari selezionati esterni, etc... Al fine di assicurare un costante raccordo con il RPCT e garantire la massima trasparenza sui principali alert relativi a fenomeni corruttivi in tali ambiti è stata prevista la trasmissione al RPCT, come già detto, delle informazioni in materia di procedure negoziate/affidamenti in esclusiva, proroghe, subappalti e di varianti in corso d'opera, comunicazioni al RPCT e al Collegio Sindacale dell'Annullamento/ Revoca del bando.

Dalla fine del 2019, per motivi riconducibili a disposizioni assessoriali, il Collegio Sindacale non è più operante in seno all'ASP di Messina. In ragione del nuovo insediamento intervenuto nel corso del 2021, si confida in un'ulteriore coinvolgimento del Collegio Sindacale destinatario, unitamente al RPCT, di reportistiche ad hoc.

Come indicato nel PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, sono state definite le nuove misure inerenti il conflitto di interessi ex art.42 del D.Lgs. n.50/2016, il pantouflage, i nuovi obblighi di trasparenza per la sezione "Bandi di gara e contratti" di cui all'allegato 9 del predetto PNA.

Inoltre, con nota prot. n.11497 del 23/01/2023, al fine della compliance con il PNA 2022 in materia di contratti pubblici, sono stati trasmessi gli allegati 6, 7 e 8 del citato PNA. Con note prot. n.168417 del 19/12/2022 e successiva nota prot. n.9881 del 19/01/2023, è stato trasmesso l'allegato 9 del citato PNA 2022, riguardante i nuovi obblighi di pubblicazione della sottosezione "bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente" da modificare in tal senso.

In particolare, sono state previste le misure proposte dall'ANAC riguardo alla disciplina derogatoria introdotta dal D.L. 76/2020, convertito in L. 120/2020 e D.L. 77/2021, convertito in L.108/2021, per le quali sono state coinvolte le UU.OO. interessate Provveditorato e Tecnico per la immediata implementazione rispetto alle misure in atto previste, come risultante dalla scheda **Area 3 - n.5**, condivisa con le UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico. Per tali misure sono state previste verifiche a campione (almeno 2%) da parte del RPCT, come indicato nella predetta scheda.

AREA DI RISCHIO 4	ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE (ex acquisizione e alla progressione del personale)
--------------------------	--

scheda 4.1 - UOC GESTIONE PERSONALE DIPENDENTE (nuova metodologia)

Riguardo alla **scheda 4.1**, afferente alla UOC Gestione Personale Dipendente, premessa indefettibile è la separazione dei relativi processi dell'unica scheda prevista nel PTPCT 2019-2021, di quelli dell'Area "Acquisizione e progressione del personale" da quelli inerenti l'Area "Incarichi e nomine", per i quali si rimanda alla specifica Area di rischio 7. Sulla scorta dell'attività degli anni precedenti, anche per il 2023 è stata implementata la mappatura e analisi dell'area "Acquisizione e progressione del personale".

Gli eventi rischiosi nelle procedure connesse risiedono nella fase di definizione del fabbisogno, e sono direttamente riconducibili alla dotazione organica aziendale: essi si concretizzano con la mancanza dei presupposti programmatori o di una motivata verifica delle effettive carenze organizzative, il cui rischio connesso è quello della frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire. Le Linee guida regionali oltre il processo di adozione dell'Atto aziendale garantiscono l'efficace neutralizzazione del rischio sopra indicato.

Misure di monitoraggio sono state previste per la verifica della coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e la dotazione organica aziendale (Piano Triennale del Fabbisogno di Personale) e la programmazione delle procedure concorsuali per i dirigenti apicali. Nelle deliberazioni proposte vengono sempre citati i presupposti normativi di legittimità. È stato dato rilievo alle misure circa le dichiarazioni sul conflitto d'interesse, sull'inconferibilità / incompatibilità nell'ambito delle procedure di conferimento incarichi, relativamente alle Commissioni Giudicatrici, con i richiami al Codice di Comportamento Aziendale, prevedendo a cura del Direttore della U.O.C. Gestione Personale Dipendente, la conseguente verifica.

È stato adottato e applicato il "Regolamento aziendale in materia di attività extraistituzionale occasionale da parte del personale dipendente ed anagrafe delle prestazioni ex art. 53 D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. dell'A.S.P. di Messina".

Risultano implementate le misure sull'attività delle Commissioni di concorso sia mediante la revisione dei modelli di dichiarazione sui conflitti di interesse già in uso, sia mediante la verifica di tutte le dichiarazioni rese.

Come già rappresentato nella sezione "Contesto interno", al fine di fronteggiare le impellenti necessità sorte a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19, prorogata fino al 31/03/2022,

sono state reclutate diverse figure professionali, per far fronte alle necessità urgenti presso le strutture sanitarie (sia ospedaliere che territoriali) direttamente interessate dalla predetta epidemia, nonché per l'Ufficio per l'emergenza sanitaria Covid-19, costituito a seguito della nomina del Commissario ad Acta per l'emergenza Covid-19. Si è fatto ricorso al reclutamento, sia facendo ricorso alle procedure di stabilizzazione attingendo dalle graduatorie ancora valide, nonché ad incarichi libero professionali, soprattutto con riguardo a figure sanitarie (medici con varie specializzazioni, infermieri professionali, psicologi/psicoterapeuti), ma anche amministrative (assistenti amministrativi) e tecniche (informatici, tecnici della prevenzione, biologi), anche con in carichi libero professionali. Da qui la necessità sostenere tutte le attività connesse alla gestione di tali nuove forze lavoro. Si è proceduto nel corso del 2022 al rinnovo periodico di tali incarichi al fine di assicurare il supporto nelle attività poste in essere per fronteggiare la predetta emergenza sanitaria.

Si è provveduto, altresì, alla pubblicazione del regolamento sopra citato nella sottosezione "Regolamenti" - Sezione "Amministrazione trasparente".

Si rappresenta che per tale scheda è stato effettuato in data 20/12/2022 il previsto audit sul processo 1 sub1 misura 1 e misura 3.

In particolare, nel 2022, come previsto nel cronoprogramma del relativo P.T.P.C.T., si è proceduto all'audit per il Processo "Costituzione Commissioni Giudicatrici", dal quale è stata rilevata la necessità di procedere a revisione di tale scheda, con specifico audit verbalizzato e con il Direttore della U.O.C..

Il PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, richiama le specifiche misure inerenti il pantouflage, cui si è dato seguito in A.S.P. con specifiche disposizioni, richiamate nelle specifiche sottosezioni del presente P.I.A.O..

AREA DI RISCHIO 5	GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
--------------------------	---

scheda 5.1 - UOC PROVVEDITORATO

scheda 5.2 - UOC ECONOMICO FINANZIARIO (nuova metodologia)

scheda 5.3 - UOC AFFARI GENERALI (nuova metodologia)

scheda 5.4 - UOS FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO (nuova metodologia)

scheda 5.5 - DIREZIONI AMMINISTRIVE STABILIMENTI OSPEDALIERI (nuova metodologia)

scheda 5.6 - UOC GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO (nuova metodologia)

scheda 5.7 - UOC PATRIMONIO (nuova metodologia)

Riguardo a tale area, per la UOC Provveditorato, come già precisato nelle precedenti pagine, non è stata implementata la nuova metodologia di ponderazione del rischio.

Riguardo invece alla **scheda 5.2**, in cui si situano le procedure dell'UOC Economico Finanziario, è opportuno precisare che, come da atto aziendale di cui alla deliberazione n.558/DG del 02/03/2020 e ribadito nella deliberazione n.1953/DG del 01/06/2021, è stata prevista una specifica UOC Patrimonio, per cui i relativi processi sono stati ricompresi nella relativa scheda della predetta nuova UOC, cui si rimanda.

Come rappresentato nel precedente PTPCT, è stato già da tempo avviato un processo di tracciabilità, in relazione anche all'adozione dei PAC (percorsi attuativi di certificabilità dei bilanci), quale fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità, realizzandovi attività integrate con il RPCT.

Con delibere nn.3057/C, 3058/C e 3059/C del 30/10/2017 sono state adottate le precedenti procedure PAC rispettivamente nei processi del Ciclo Attivo (Area F), Disponibilità Liquide (Area G) e Ciclo Passivo (Area I) con la previsione, in ciascuna di esse, del coinvolgimento, in caso di

rilevate anomalie, del RPCT. Tali documenti sono stati oggetto di revisione nell'anno 2019, a seguito degli esiti dell'attività dell'Internal Auditor effettuata nel corso del 2018. Con deliberazione n.3328/DG del 23/12/2019 è stato adottato il Manuale aggiornato versione 3.0. Da ultima, nel 2021, la deliberazione n. 2313/DG del 29/06/2021, inerente, la "Revisione Procedure Amministrativo-contabili in attuazione del processo di consolidamento del PAC e adozione Manuale aggiornato versione 4.0".

Sono state adottate tutte le misure che garantiscono la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari, al fine di agevolare la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse.

Ai fini della prevenzione del rischio corruttivo, è stato dato rilievo alle attività connesse ai pagamenti e alle liquidazioni, attuando il puntuale rispetto del principio dell'ordine cronologico delle fatture e degli annessi procedimenti, previa verifica del rispetto dei tempi contrattualmente previsti, delle relative obbligazioni, del controllo di regolarità contabile/amministrativa, delle registrazioni di bilancio e rilevazioni (non corrette/non veritiere).

L'A.S.P. di Messina, a tal proposito, oltre a dotarsi di una procedura informatizzata che consente controllo e tracciabilità dei relativi processi, ha avviato nel corso del 2017 una revisione di tutti i processi informatizzati per verificarne lo stato dell'arte e prevederne la relativa implementazione. Al fine di raggiungere l'obiettivo assegnato per l'anno 2018 alle UU.OO. ("Implementazione di un sistema informativo per rilevazione, elaborazione e rappresentazione dei dati contabili che risulti adeguatamente integrato con tutte le funzioni aziendali"), l'Azienda, con delibera n.1160/C del 24/04/2018, ha aderito all'Accordo Quadro - tra Consip e una RTI - della durata di 48 mesi, per l'affidamento dei servizi in ambito dei Sistemi Informativi Gestionali e sistemi di gestione dei procedimenti amministrativi in favore degli enti del SSN. La predetta implementazione è stata rivolta preliminarmente ai software costituenti aree critiche per l'Azienda: Contenzioso, Assistenza Specialistica Convenzionata, GDPR.

Sono state adottate le "Procedure amministrativo-contabile e tecnico-sanitaria per la liquidazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale rese dalle strutture private convenzionate", secondo un piano condiviso tra le varie UU.OO. coinvolte nel processo.

Le procedure relative a tale processo di miglioramento dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili, sono in via di implementazione secondo il cronoprogramma indicato nei relativi documenti.

È stato adottato, con delibera n.3326/C del 21/11/2017, il Regolamento Agenti Contabili.

Sono state attenzionate, altresì, le misure in termini di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio, con la pubblicazione delle relative informazioni sul sito web aziendale, riguardo la gestione dei beni immobili di proprietà secondo le indicazioni del novellato D.Lgs. 33/2013 e del PNA 2016.

Sempre in questa area, come misure di controllo, è stata prevista l'attuazione delle procedure di programmazione e controllo allo scopo di raggiungere gli obiettivi di gestione prefissati, l'attuazione delle procedure di raccordo della contabilità analitica con il sistema della contabilità generale e l'applicazione di una procedura formalizzata di controllo del budget stabilito nel piano degli investimenti.

Per quanto riguarda la gestione del patrimonio, nel 2019, ad implementazione di quanto già previsto negli anni precedenti, è stato previsto l'utilizzo di procedure di gara pubblica per la vendita di immobili nel rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito; la tracciabilità delle informazioni relative al patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali.

Particolare attenzione è stata rivolta all'integrazione del regolamento per l'acquisizione di beni in comodato gratuito, per l'accettazione di donazioni, che disciplini anche l'autorizzazione per l'utilizzo dei beni rilasciati in prova all'ingresso in "comodato d'uso/valutazione in prova" delle tecnologie all'interno dell'Azienda. Il suddetto regolamento dovrà prevedere il divieto di accettazione di donazioni, "comodato d'uso/valutazione in prova", nel caso in cui l'analisi della proposta evidenzi costi a carico dell'azienda sanitaria, connessi all'utilizzo del bene; la creazione di un data base delle apparecchiature "in prova" da cui sia possibile effettuare i collegamenti al momento del successivo acquisto delle medesime tecnologie; il monitoraggio dei costi indotti connessi all'utilizzo del bene (es: materiali di consumo, manutenzione), con evidenza che, in caso di prova dimostrativa, sia previsto che qualsiasi onere economico (inclusi materiali di consumo) deve essere totalmente a carico del soggetto che propone all'azienda sanitaria la prova dimostrativa.

È stata prevista anche la pubblicazione dei dati relativi al richiedente/l'utilizzatore; la tipologia della tecnologia; gli estremi dell'autorizzazione; la durata/termini di scadenza; il valore economico della tecnologia; gli eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia (es. materiali di consumo).

È opportuno far rilevare che in tale area, per effetto del nuovo Atto Aziendale di cui alla deliberazione n.558/DG del 02/03/2020, come confermata nella deliberazione n.1953/DG del 01/06/2021, per cui è stata istituita la nuova UOC Patrimonio, le cui attività erano in precedenza ricomprese nella UOC Economico Finanziario, è stata prevista una specifica scheda di misure della prevenzione della corruzione riguardo a tutte le attività inerenti la gestione del Patrimonio.

Con particolare riguardo alla UOC Patrimonio è opportuno far rilevare che con deliberazione n.4904/CS del 29/12/2021 è stato adottato il regolamento per l'accettazione di liberalità, di comodato, d'uso gratuito, e di conto visione (valutazione in prova) precedentemente previsto, per cui si è reso necessario revisionare la relativa scheda delle misure di prevenzione della corruzione con indicazione di detta deliberazione, inerente l'unico processo oggetto di mappatura (Gestione del patrimonio). Inoltre è stato preso atto anche della deliberazione n.4798/CS del 28/12/2021, riguardante il Regolamento per la gestione e valorizzazione del patrimonio immobiliare dell'A.S.P. di Messina, per garantire la tracciabilità delle informazioni relative alle modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse), nonché per garantire l'utilizzo di procedure di gara pubblica per la vendita di immobili nel rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito.

Riguardo alla scheda Area 5 - n.3 è stata modificata, previa condivisione, l'indicazione relativa al PAC.

Nel 4° trimestre del 2022, a seguito di audit richiesto dal RPCT, si è proceduto anche a specifico audit.

AREA DI RISCHIO 6

CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

scheda 6.1 - UOC COORDINAMENTO STAFF DELLA DIREZIONE GENERALE (nuova metodologia)

scheda 6.2 - UOS COMUNICAZIONE (nuova metodologia)

scheda 6.3 - UOC SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE (nuova metodologia)

scheda 6.4 - UOC OSPEDALITA' PRIVATA (nuova metodologia)

scheda 6.5 - UOC SPRESAL (nuova metodologia)

scheda 6.6 - UOC LABORATORIO SANITA' PUBBLICA (nuova metodologia)

- scheda 6.7** - DIPARTIMENTO ATTIVITA' SOCIO SANITARIE (nuova metodologia)
- scheda 6.8** - U.O.C. RIABILITAZIONE ADULTI E MINORI DELL'AREA METROPOLITANA
U.O.C. RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA CON CENTRO RIABILITATIVO
METROPOLITANO (nuova metodologia)
- Scheda 6.9** - DIPARTIMENTO PREVENZIONE VETERINARIA (nuova metodologia)
- scheda 6.10** - UOC SERVIZIO SANITA' ANIMALE (nuova metodologia)
- scheda 6.11** - UOC SIAOA (nuova metodologia)
- scheda 6.12** - U.O.C. SIAPZ (nuova metodologia)
- scheda 6.13** - UOC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE
- scheda 6.14** - DISTRETTI SANITARI
- scheda 6.15** - U.O.C. SIAN (nuova metodologia)
- scheda 6.16** - U.O.C. SIAV (nuova metodologia)

Anche per questa area si premette che, per gli stessi motivi descritti nelle pagine precedenti, per le schede 6.13 e 6.14 non è stata implementata la nuova metodologia di ponderazione del rischio.

Gli ambiti di attività di vigilanza, controllo, ispezione, e irrogazione di sanzioni, come riportato nella Determinazione A.N.AC. n.12/2015, sono riconducibili alle aree maggiormente sensibili al rischio di corruzione, e nell'ASP di Messina, alle aree di competenza dei Dipartimenti di Prevenzione, di Prevenzione Veterinaria, della Salute Mentale, del Farmaco, dell'Attività Socio Assistenziale, della U.O.C. Ospedalità Privata, dei Distretti Sanitari, specialmente in relazione alle autorizzazioni sanitarie, all'accreditamento del privato, alla libera professione intramuraria. Com'è noto in tali ambiti possono verificarsi omissioni, discrezionalità o parzialità e ciò può consentire ai destinatari oggetto dei controlli di sottrarsi ai medesimi o alle prescrizioni/sanzioni derivanti, con conseguenti indebiti vantaggi. Particolare attenzione è stata dedicata alla mappatura e all'analisi in questi ambiti di rischio.

In particolare, per la U.O.C. Ospedalità Privata, si è proceduto alla revisione di tale scheda a seguito di richiesta della stessa, con specifico audit verbalizzato e conseguenziale condivisione e validazione da parte del Direttore del Dipartimento Cure Ospedaliere, tenuto conto della vacatio della direzione della U.O.C..

La sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del presente P.I.A.O, come già i precedenti, rafforza l'attenzione sul Dipartimento di Prevenzione Veterinaria, area considerata particolarmente a rischio per il pregresso coinvolgimento di alcuni dirigenti veterinari in procedimenti penali per reati di natura corruttiva e per le sue peculiarità strutturali. Già il PTPC 2015-2017 e poi anche il PTPC 2016-2018, nonché il PTPCT 2019-2021, avevano previsto un articolato ventaglio di misure consistenti nella rotazione 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'attivazione di dette misure si è vigilato sia mediante incontri ed interventi ad hoc, sia per il tramite del monitoraggio effettuato dal gruppo multidisciplinare di supporto.

La nomina, nel corso del 2016, del Direttore di Dipartimento ha consentito di implementare le misure di organizzazione e di controllo. Di particolare efficacia sono risultati regolamenti / procedure / direttive e l'intensificazione dei controlli.

È stata prevista, inoltre, la predisposizione di modelli di acquisizione di dichiarazioni sui conflitti di interesse da sottoporre a tutti gli operatori del dipartimento, demandando ai Direttori delle UU.OO.CC., con la supervisione del Direttore del Dipartimento, la relativa verifica mediante una procedura predisposta ad hoc.

Anche il Dipartimento Attività Sanitarie Socio Sanitarie, e di conseguenza la UOC Riabilitazione Adulti e Minori della Provincia, è stato interessato negli ultimi anni da una particolare attenzione, soprattutto per quanto riguarda l'attività di verifica dei requisiti soggettivi,

professionali e strutturali delle ditte le forniture di protesi, ortesi e ausili (D.M. 322/99), ai fini anche della revisione dell'albo fornitori, con la costituzione di un'apposita Commissione, con varie figure professionali (deliberazione n.2528/DG del 22/10/2015), modificata ed integrata nei successivi anni (deliberazioni n.944/2016, n.542/2017, n.3121/2018, n.3438/2018, n.360/2020, n.3447/2020, n.3332/2020, 4553/CS del 14/12/2021) al fine di garantire la rotazione dei professionisti coinvolti nelle connesse attività di controllo. Con deliberazione n.3436/C del 30/11/2018 è stato adottato il regolamento per la gestione delle attività della Commissione istituita in ottemperanza al PTPCT del periodo di riferimento dell'. Tale attività di controllo è stata pertanto incentivata soprattutto riguardo al 100% delle verifiche di collaudo presso i Distretti Sanitari, per forniture di protesi ortopediche, carrozzine elettriche, unità posturali e/o presidi di valore superiore a € 2.000,00. Con disposizione del Direttore Generale prot. n.21623/20 del 19/02/2020, tale attività di controllo di congruità, da parte dei Distretti e della Commissione, è stata rivolta a tutte le prescrizioni di valore superiore a €1.000,00.

Per tutta l'area di rischio Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni, sono state già in essere, e in corso di implementazione, misure specifiche per ogni ambito mappato, mediante la redazione di procedure, linee guida, codici di comportamento settoriali, check-list, composizione dei gruppi di ispezione e di controllo (almeno due componenti e, laddove possibile, la rotazione degli stessi), adozione nuovi modelli per le dichiarazioni di assenza/presenza dei conflitti di interesse.

A seguito della Consultazione pubblica del il P.T.P.C.T. 2022-2024, tenutasi dal 07/01/2022 al 24/01/2022 e delle osservazioni pervenute da parte di una di una ditta in merito ai processi di fornitura di presidi e ausili del D.M. 332/99, dei nuovi LEA (D.P.C.M. 12/01/2017) e del DA n.780 del 30/07/2021 dell'Assessorato della salute - Regione Siciliana, si è ritenuto opportuno procedere ad una nuova mappatura dei processi interessati da tali norme introducendo due nuovi sottoprocessi del processo Assistenza integrativa e protesica, inerenti uno l'attività di verifica e congruità delle autorizzazioni per presidi ed ausili / concessione presidi non previsti dal nomenclatore, l'altro, elenco degli specialisti dipendenti di strutture pubbliche e specialisti ambulatoriali interni ricadenti nell'A.S.P. di Messina, con le relative misure indicate nella scheda Area 6 - n.7, cui si rimanda.

Sempre nel 2022, a seguito della predetta Consultazione pubblica si è proceduto, altresì, ad una nuova mappatura dei processi della U.O.C. SIAV (scheda Area 6 - n.16), con particolare riferimento alle nuove disposizioni riportate nel sopra citato D.A. 780/2021, relativamente alle attività di possesso dei requisiti delle ditte erogatrici / fornitrici di dispositivi protesici ex art.1 del predetto D.A. afferenti alla richiamata U.O.C..

Tale nuova mappatura e revisione delle citate ultime schede è avvenuto mediante il coinvolgimento e la condivisione con i responsabili delle strutture interessate.

AREA DI RISCHIO 7

INCARICHI E NOMINE

scheda 7.1 - UOC GESTIONE PERSONALE DIPENDENTE (nuova metodologia)

scheda 7.2 - UOC AFFARI GENERALI (nuova metodologia)

scheda 7.3 - UOC SERVIZIO LEGALE - AVVOCATURA (nuova metodologia)

scheda 7.4 - UOS FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO (nuova metodologia)

scheda 7.5 - UOC GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO (nuova metodologia)

scheda 7.6 - UOC ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA (nuova metodologia)

Riguardo alla **scheda 7.1**, afferente alla UOC Gestione Personale Dipendente, premessa indefettibile è la separazione dei relativi processi dell'unica scheda prevista nel PTPCT 2019-

2021, di quelli dell'Area "Incarichi e nomine" da quelli inerenti l'Area "Acquisizione e progressione del personale", per i quali si rimanda alla specifica Area di rischio 4.

Ciò premesso, si fa presente che con deliberazione n.1550/DG del 05/06/2017, in conformità al Decreto Assessoriale n.1088 del 30/05/2017, è stato approvato il nuovo Atto Aziendale e con deliberazioni n.2357/C del 11/08/2017 e n.2963/C del 19/10/2017 la nuova dotazione organica.

Nel 2019, in ottemperanza alle direttive impartite dall'Assessorato Regionale della Salute con Decreto Assessoriale n.22/2019 dell'11 gennaio 2019, è stato avviato il procedimento di "Adeguamento della rete ospedaliera al DM 2 aprile 2015 n.70" e con deliberazione n. 2374/DG del 26/09/2019, ai sensi del D.A. 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 gennaio 2019. Indirizzi operativi" è stato adottato il nuovo Atto Aziendale. Successivamente alla verifica di conformità prevista dall'art.16 della Legge Regionale n.5/2009 e secondo delle prescrizioni di cui alla nota n.74075 dell'11/11/2019 del Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica e di quanto stabilito nei Verbali del 04/12/2019 e del 16/12/2019, a seguito degli incontri tenutosi a Palermo, presso l'Assessorato della Salute - Dipartimento per la Pianificazione Strategica, con deliberazione n.3313/DG del 20/12/2019, e successiva deliberazione n.66/DG del 10/01/2020 di rettifica, si è proceduto all'adozione dell'Atto Aziendale dell'A.S.P. di Messina, attuato dal momento dell'emanazione del relativo Decreto Assessoriale. A seguire poi le modifiche dell'Atto Aziendale di cui alle deliberazioni n.558/DG del 02/03/2020 e n.1953/Dg del 01/06/2021.

In ottemperanza alle direttive impartite dal competente Assessorato Regionale della Salute l'Azienda ha avviato le procedure di assunzione tenendo conto delle graduatorie di concorso già espletate, della mobilità e della normativa vigente in materia di stabilizzazione del personale. Le carenze in organico sono state in parte, nel frattempo, coperte mediante incarichi a tempo determinato.

Sulla scorta dell'attività degli anni precedenti, anche per il 2021 è stata implementata la mappatura e analisi dell'area "Incarichi e nomine", con particolare riferimento agli incarichi relativi alla dirigenza medica e sanitaria, rispetto ai quali è stato svolto approfondimento prevedendo, in coerenza con il PNA 2016, i sottoprocessi "Incarichi di Direzione Struttura Complessa", "Incarichi Direzione Struttura Semplice", "Incarichi di Direttore di Dipartimento", "Incarichi conferiti ai sensi dell'art.15 septies del D.Lgs. n.502/92".

Gli eventi rischiosi nelle procedure di assegnazione dell'incarico risiedono nella fase di definizione del fabbisogno, e sono direttamente riconducibili alla dotazione organica aziendale: essi si concretizzano con la mancanza dei presupposti programmatori o di una motivata verifica delle effettive carenze organizzative, il cui rischio connesso è quello della frammentazione di unità operative e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire.

Le Linee guida regionali oltre il processo di adozione dell'Atto aziendale garantiscono l'efficace neutralizzazione del rischio sopra indicato.

L'Assessorato Regionale della Salute, inoltre, con il D.A. n.2274 del 24/12/2014, ha approvato le linee guida di indirizzo regionali regolanti i criteri e le modalità per i conferimenti degli incarichi di direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari (Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario) ai sensi dell'art.15, c.7 bis, del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i. a coloro che sono in possesso dei requisiti previsti dal D.P.R. 10/12/1997 n.484. L'Azienda, con delibera n.1212/2015 ha recepito il suddetto decreto e regolamentato la materia.

Misure di monitoraggio sono state previste per la verifica della coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e la dotazione organica aziendale (Piano Triennale del Fabbisogno di Personale) e la programmazione delle procedure concorsuali per i dirigenti apicali. È stata prevista inoltre, la mappatura dei posti vacanti Direzione Medica e Sanitaria non

medica e Comparto, la Predisposizione Regolamento per l'Istituzione "Comitato di Dipartimento", la Verifica Dirigenti senza incarico.

È stato dato rilievo alle misure circa le dichiarazioni sul conflitto d'interesse, sull'inconferibilità/incompatibilità nell'ambito delle procedure di conferimento incarichi, con i richiami al Codice di Comportamento Aziendale, prevedendo a cura del Direttore della U.O.C. Gestione Personale Dipendente, la conseguente verifica.

L'Azienda, con deliberazione n.2892/DG del 02/12/2015, ha adottato il "Regolamento per il conferimento di incarichi di consulenza ed incarichi libero professionali ad esperti esterni all'A.S.P. di Messina", nonché, con deliberazione n.1380/DG del 13/06/2016, la istituzione di un elenco dei legali di fiducia da cui attingere i professionisti per gli eventuali conferimenti di incarichi, secondo criteri di trasparenza ed imparzialità, aggiornato con gli adeguamenti dei compensi legali.

Con disposizione n.85301 del 13/11/2017 sono state regolamentate le modalità operative delle UU.OO.CC. coinvolte (AA.GG. e Servizio Legale) per il ricorso al professionista esterno.

Nel 2020, dopo la realizzazione nel 2019 del nuovo Albo di legali di fiducia, è stata prevista la predisposizione del relativo aggiornamento; inoltre, con delibera n.1/DG del 03/01/2020 è stato adottato un nuovo Regolamento, avente ad oggetto "Adozione regolamento conferimento incarichi ai legali esterni", in conformità alle Linee Guida ANAC n.12/2018 "Affidamento Servizi Legali" (approvate con delibera n.907 del 24/10/2018), e alle direttive dell'Assessorato Regionale della Salute, di cui alla nota prot. n.77501/GAB del 03/12/2019, con la quale sono stati fornite "indicazioni generali e criteri in recepimento degli incarichi per la rappresentanza in giudizio delle Aziende del SSR", recependo quanto integralmente esposto nella richiamata circolare.

Nel corso del 2020 si è proceduto ad ulteriori aggiornamenti dell'albo degli Avvocati di fiducia e all'adozione del nuovo "Regolamento per il conferimento degli incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio ai legali esterni dell'ASP di Messina" (deliberazione n.1743/DG del 25/06/2020), per i necessari adeguamenti in conformità alle disposizioni di cui alla nota prot. n.27006/GAB del 12/06/2020 dell'Assessorato Regionale della Salute. Tale deliberazione n.1/2020 è stata modificata con deliberazione n.1743/DG del 06.05.2021 (adozione regolamento conferimento incarichi legali esterni" e contestuale adozione del nuovo "regolamento per il conferimento degli incarichi di rappresentanza e difesa in giudizio ai legali esterni dell'ASP di Messina).

Risultano implementate le misure sull'attività delle Commissioni di concorso sia mediante la revisione dei modelli di dichiarazione sui conflitti di interesse già in uso, sia mediante la verifica di tutte le dichiarazioni rese.

Le misure di trasparenza raccomandate risultano già implementate: tutte le procedure di conferimento di incarichi, sia interni che esterni, soggiacciono infatti agli obblighi di pubblicazione, sia riguardo alla pubblicazione dei relativi bandi/avvisi, sia a quella dei componenti delle commissioni esaminatrici, dei verbali delle stesse ove sono indicati i criteri di valutazione, delle tracce predisposte in caso di prova scritta, nonché degli esiti delle relative prove.

Si ritiene necessario un richiamo alle procedure di reclutamento già rappresentate nella sezione "Contesto interno" e nell'area di rischio 4 "ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE", al fine di fronteggiare le impellenti necessità sorte a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19, prorogata anche per tutto il 2021 e fino al 30 marzo 2022, motivo per cui sono state reclutate diverse figure professionali per far fronte alle necessità urgenti presso le strutture sanitarie (sia ospedaliere che territoriali) direttamente interessate dalla predetta epidemia, nonché per l'Ufficio per l'emergenza sanitaria Covid-19, costituito a seguito della nomina del Commissario ad Acta per l'emergenza Covid-19. Si è fatto ricorso al reclutamento soprattutto con riguardo a figure sanitarie (medici con varie specializzazioni, infermieri

professionali, psicologi/psicoterapeuti), ma anche amministrative (assistenti amministrativi) e tecniche (informatici, tecnici della prevenzione, biologi), ed altre figure professionali (giornalisti).

Per il reclutamento di tale personale si è fatto ricorso sia alle procedure di stabilizzazione attingendo dalle graduatorie ancora valide, nonché ad incarichi libero professionali.

Per tali incarichi si è proceduto alle proroghe durante il 2021, estese a parte del 2022, per evitare soluzioni di continuità e garantire il necessario supporto per le attività dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Riguardo alla **scheda 7.2**, a seguito di revisione di specifica richiesta di revisione da parte del Direttore della U.O.C. Affari Generali, si è proceduto alla revisione dell'indicatore 3.2 della misura 3 del processo 1, rispetto alla percentuale di verifica delle autocertificazioni dei legali a cui sono stati conferiti gli incarichi, considerata la numerosità degli incarichi, passando dal 100% al 30%.

Si è provveduto, altresì, alla pubblicazione dei regolamenti sopra citati nella sottosezione "Regolamenti" - Sezione "Amministrazione trasparente".

Come già rappresentato nelle pagine precedenti, il PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, richiama le specifiche misure inerenti il pantouflage, cui sono seguite specifiche disposizioni alle UU.OO. interessate in merito (U.O.C. Gestione Personale Dipendente, U.O.C. Provveditorato, U.O.C. Tecnico, U.O.C. Acquisizione Prestazioni Sanitarie) indicate nelle relative sottosezioni.

AREA DI RISCHIO 8	AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
--------------------------	------------------------------------

scheda 8.1 - UOC AFFARI GENERALI (nuova metodologia)

scheda 8.2 - UOC ASSISTENZA SANITARIA DI BASE E SPECIALISTICA (nuova metodologia)

AREA DI RISCHIO 9	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE
--------------------------	---------------------------------------

scheda 9.1 - UOC ECONOMICO FINANZIARIO (nuova metodologia)

scheda 9.2 - UOS COMUNICAZIONE (nuova metodologia)

scheda 9.3 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE (nuova metodologia)

scheda 9.4 - DIREZIONI MEDICHE STABILIMENTI OSPEDALIERI

scheda 9.5 - REFERENTE AZIENDALE CUP – SOVRACUP (nuova metodologia)

Come sopra indicato, solo per la scheda 9.4 non è stata implementata la nuova metodologia di ponderazione del rischio,

Anche per questa Area è necessario premettere la separazione dei relativi processi dell'unica scheda prevista nel PTPCT 2019-2021, di quelli dell'Area "Attività Libero Professionale" da quelli inerenti l'Area "Liste d'attesa", per i quali si rimanda alla specifica Area di rischio 10.

L'attività libero professionale ed il sistema di gestione delle liste di attesa sono aree di rischio strettamente connesse. Tali ambiti sono caratterizzati dalla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni, in quanto il governo dei tempi di attesa rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.). La probabilità che il rischio si verifichi è legata al fatto che le procedure si traducano in comportamenti opportunistici dei soggetti coinvolti, al fine di favorire posizioni di privilegio e/o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni, oltre che sulla salute, anche dal punto di vista economico e della percezione della qualità del servizio. Tale ambito infatti è strettamente connesso con il sistema di governo dei tempi di attesa.

Nella presente sottosezione del P.I.A.O. questo settore costituisce un'ulteriore area specifica di gestione del rischio, con riguardo sia alla fase autorizzativa, che a quella di svolgimento effettivo dell'attività, nonché rispetto alla gestione delle connessioni/interferenze con l'attività istituzionale, atteso che l'espletamento dell'attività libero professionale è subordinata alla verifica dei livelli e quantità di quella istituzionale.

L'A.S.P. di Messina ha adottato già da tempo il regolamento A.L.P.I., aggiornato nel corso degli anni ai sensi della normativa di settore (da ultimo con delibera 3053/C del 27/10/2017), ed ha istituito un apposito Nucleo Paritetico di promozione e verifica ALPI, al fine di assicurare il corretto andamento dell'attività libero professionale intramuraria.

Le fasi di autorizzazione allo svolgimento di attività libero professionale intramoenia e di relativa verifica sono, pertanto, regolamentate in ambito aziendale per prevenire possibili eventi rischiosi riconducibili alle false dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione.

Il regolamento approvato dall'Azienda stabilisce, inoltre, che non possono essere rilasciate autorizzazioni all'esercizio della libera professione presso studi privati esterni all'Azienda (ALPI c.d. allargata).

È previsto un sistema di prenotazione sia per l'attività istituzionale che per quella libero professionale. Tutte le prestazioni effettuate in regime libero professionale devono essere prenotate dal Centro Unico di Prenotazione. È espressamente fatto divieto effettuare prestazioni in regime di libero professionale senza la preventiva prenotazione dell'utente presso il CUP. La prenotazione verrà gestita in relazione alle distinte agende che devono essere fornite da ogni dirigente autorizzato con le modalità stabilite dall'Azienda (disciplina, luogo di svolgimento, giorni, orari, tipologia di prestazioni e tariffe). Eventuali modifiche alle agende dovranno essere preventivamente e formalmente comunicate all'Azienda.

La regolamentazione tiene conto anche dei possibili eventi rischiosi della fase di esercizio dell'ALPI, che possono configurarsi nell'errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, nella violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione, nello svolgimento della libera professione in orario di servizio, nel trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione. Tra le misure di contrasto è stata attuata l'adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione (già implementato presso i centri di erogazione di prestazioni sanitarie presso ove è presente la Cassa Ticket; si prevede la completa implementazione presso tutti i centri aziendali di erogazione).

Sono già attuate misure di contrasto in termini di preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'ALPI, la negoziazione dei volumi di attività in ALPI in relazione agli obiettivi istituzionali, la verifica sul mantenimento delle condizioni per le autorizzazioni già rilasciate, la capillare diffusione presso le strutture sanitarie centrali e periferiche di adeguate informazioni sulle corrette modalità di prenotazione/pagamento delle prestazioni in regime libero-professionale, implementazioni di soluzioni organizzative per garantire le modalità di pagamento, potenziamento del sistema di controllo/verifica/confronto tra prestazioni transitate da CUP e prestazioni effettivamente erogate, implementazione delle procedure di controllo per i relativi pagamenti.

AREA DI RISCHIO 10

LISTE D'ATTESA

scheda 10.1 - UOS COMUNICAZIONE (nuova metodologia)

scheda 10.2 - DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE (nuova metodologia)

scheda 10.3 - DIPARTIMENTO ATTIVITA' SOCIO SANITARIE (nuova metodologia)

scheda 10.4 - U.O.C. RIABILITAZIONE ADULTI E MINORI DELL'AREA METROPOLITANA
(nuova metodologia)

scheda 10.5 - DIREZIONI MEDICHE STABILIMENTI OSPEDALIERI

scheda 10.6 - DISTRETTI SANITARI

scheda 10.7 - REFERENTE AZIENDALE CUP – SOVRACUP (nuova metodologia)

In questa Area, come già rappresentato, solo per le schede 10.5 e 10.6 non è stata implementata la nuova metodologia di ponderazione del rischio.

Anche per questa Area è necessario premettere la separazione dei relativi processi dell'unica scheda prevista nel PTPCT 2019-2021, di quelli dell'Area "Liste d'attesa" da quelli inerenti l'Area "Attività Libero Professionale", per i quali si rimanda alla specifica Area di rischio 9.

È già da tempo in vigore (13/05/2013) il sistema unico di prenotazione informatizzato (SOVRACUP), accessibile attraverso il call center, che gestisce le prenotazioni delle prestazioni di specialistica ambulatoriale delle Aziende dell'Area Metropolitana della provincia di Messina e delle strutture private accreditate/convenzionate esterne (alla stato attuale per queste ultime con il 30% del budget assegnato). La regione Sicilia ha realizzato un nuovo strumento che permette la prenotazione on-line delle visite specialistiche ed esami diagnostici nelle strutture sanitarie regionali. Tale strumento rappresenta il primo canale alternativo di accesso digitalizzato "via web dall'utente" denominato "sovracup.regione.sicilia.it" che ha sostituito la precedente piattaforma denominata Intercup. Il Sistema consente di accedere alla prenotazione on line, in forma protetta e riservata, attraverso l'identità digitale SpiD e attraverso la ricetta dematerializzata. Tutte le strutture Sanitarie collegate al Sovracup Regionale sono raggiungibili anche mediante un secondo canale di accesso digitalizzato, la "app da Smartphone" e attraverso le "farmacie" che costituiscono il terzo canale digitalizzato.

Nel caso di drop out (mancata presentazione dell'utente) le strutture erogatrici aziendali utilizzano la modalità dell'overbooking al fine di ridurre le liste di attesa. Ai fini della verifica del rispetto dei tempi di attesa sono prese in considerazione esclusivamente i primi accessi e le prime prestazioni diagnostico - strumentali mentre sono escluse tutte le prestazioni di controllo, le prestazioni di screening e le scelte operate dagli utenti diverse dalle prime disponibilità. I dati sono calcolati estraendo direttamente, dal sistema SOVRACUP Provinciale, tutte le richieste di prenotazione.

In conformità al Piano Nazionale e regionale 2019-2021, per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali è applicato il modello delle priorità cliniche U-B-D-P differenziate per tempo di attesa (specificando se si tratta di prima visita o di controllo, di primo accesso o secondo accesso).

I codici di priorità sono utilizzati nelle Agende di prenotazione delle strutture erogatrici pubbliche e private. La classe di priorità rilevata dagli operatori della società RTI ASSO/ONIT, affidataria del servizio, in fase di prenotazione, rappresenta il criterio di selezione della prima disponibilità della prestazione richiesta.

Mensilmente sono pubblicate sul sito web e nella sezione "Amministrazione trasparente" le prime disponibilità relative all'attività istituzionale Aziendale e quelle relative all'attività libero professionale intramoenia (ALPI) dell'A.S.P..

In un'altra sezione, denominata "Tempi di attesa - garanzia area provinciale SOVRACUP", con cadenza mensile vengono pubblicati i tempi di attesa SOVRACUP dell'area Metropolitana Provinciale. Nei report sono rappresentati, per ambito di garanzia, per ogni branca specialistica, per ogni prestazione e per classe di priorità i seguenti dati:

1. Numero di prestazioni prenotate per singolo trimestre;
2. Percentuale di prestazioni garantite nel rispetto dei tempi di attesa rispetto al tempo previsto per classe di priorità (ove previsto);
3. Tempo medio di attesa in giorni.

Per garantire i tempi di attesa delle prestazioni afferenti alla branca di cardiologia e radiologia sono state inserite nel sistema SOVRACUP, a far data da aprile 2016, le agende delle strutture

private convenzionate esterne ricadenti in tutti gli ambiti territoriali della provincia di Messina. Al fine di dare riscontro a quanto previsto dal PRGLA 2019-2021 "centralizzare la totalità delle strutture private accreditate" si è proceduto a collegare al CUP Interaziendale/Regionale le rimanenti strutture private accreditate/convenzionate che espletano attività specialistica ambulatoriale.

Sono, altresì, pubblicati nella sezione "Amministrazione trasparente" i report annuali" dei monitoraggi sulle liste di attesa, richiesti dall'Assessorato regionale della Salute, il Piano Attuativo Aziendale adottato con delibera n.1556/DG del 21/06/2019 e i reports dei monitoraggi delle sospensioni dell'attività di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (legge n.266 del 23/12/2005, art.1 comma 282 con gli interventi correttivi applicati in caso di sospensione. A tal uopo, nel 2015, è stato redatto il regolamento aziendale pubblicato sul sito web aziendale.

Al fine di ridurre il fenomeno del drop out e di non consentire opportunistici allungamenti delle liste di attesa in regime istituzionale, è stato implementato il servizio di recall del paziente prenotato per la conferma dell'appuntamento e la cancellazione on-demand, ovvero è il cittadino che telefona al numero verde e disdice (riutilizzo del posto liberato).

Per disciplinare la gestione uniforme dei casi di mancata disdetta delle prestazioni prenotate, è stato redatto, dai referenti della cabina di regia del governo delle liste di attesa dell'area Metropolitana della provincia di Messina, un Regolamento Aziendale deliberato (delibera n. 18/DG del 8 /01/2020).

Nel quarto trimestre del 2022, il RPCT ha proceduto all'audit del processo "Liste d'attesa", al fine di recuperare il mancato audit dell'analogo processo previsto nel Cronoprogramma 2022 per i Presidi Ospedalieri. In particolare era stato previsto l'audit presso il P.O. di S. Agata M.Ilo, che non si è potuto effettuare sia per indisponibilità momentanea del Dirigente responsabile del P.O., sia perché già a fine anno. Tale audit sarà rinviato al 2023.

AREA DI RISCHIO 11

RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

Scheda 11.1 - UOC ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE (nuova metodologia)

scheda 11.2 - UO ACCREDITAMENTO (nuova metodologia)

scheda 11.3 - DISTRETTI SANITARI

Anche per questa Area si fa rilevare che per la scheda 11.3 non è stata implementata la nuova metodologia di ponderazione del rischio.

L'ambito dei rapporti tra le regioni/aziende sanitarie con gli erogatori privati di attività sanitarie si configura, nel servizio sanitario, tra le aree di "rischio specifiche" di cui alla determinazione ANAC n.12/2015.

Il settore dell'Accreditamento delle strutture private costituisce una componente importante del sistema sanitario, per il peculiare ambito dei soggetti erogatori, ma soprattutto perché in tale contesto si concentrano importanti flussi finanziari con rilevanti interessi anche di natura economica: ne consegue che la regolazione dei rapporti pubblico-privato rappresenta un ambito particolarmente esposto al rischio di comportamenti che possono determinare fenomeni di corruzione e/o di inappropriato utilizzo delle risorse, nel caso in cui le relative procedure non siano state adeguatamente trattate e regolamentate in termini di trasparenza e standardizzazione.

La gestione contrattuale prevede la regolamentazione dei rapporti con il settore privato che svolge attività assistenziale, attraverso quattro fasi distinte quali: autorizzazione alla realizzazione, autorizzazione all'esercizio, accreditamento istituzionale, accordi/contratti di attività.

Tali fasi costituiscono attività istituzionale di diverse UU.OO. aziendali, che intervengono nei relativi processi, ognuna per la propria parte (dai provvedimenti autorizzativi sino alla stipula delle convenzioni), dove possono verificarsi eventi rischiosi, per i quali sono state individuate le relative misure.

Per l'attività ispettiva di autorizzazione e vigilanza, che vede coinvolte sia l'UOC SIAV, che l'UO "Accreditamento", sono state adottate adeguate misure circa la composizione delle commissioni incaricate, mediante la presenza congiunta di almeno due dipendenti, anche afferenti a differenti aree istituzionali, in ragione della tipologia dell'attività (controllo/ispettiva/verifica/sanzione). Tali attività sono state proceduralizzate (mediante la redazione dei relativi verbali e check-list) al fine di prevenirne episodi riconducibili a alterazioni/omissioni e/o irregolarità nelle attività di vigilanza, con la definizione di tempistiche per l'esecuzione dei relativi procedimenti, secondo le specifiche normative di settore. In tale contesto è stato dato rilievo ai conflitti d'interesse/incompatibilità, alla rotazione degli ispettori, alla definizione di procedure per l'esecuzione delle attività ispettive come la definizione di un modello standard di verbale per ogni tipologia di controllo.

Nel 2020, l'U.O. Accreditamento ha già proceduto alla revisione, con deliberazione n.135/DG del 16/01/2020, della procedura per le verifiche di accertamento della conformità ai requisiti necessari per l'accREDITAMENTO istituzionale, di cui alla deliberazione n.298/CS del 07/02/2019, in conformità a quanto disposto nel D.A. n.319/2016. Anche nel 2021, in applicazione della Procedura ACC 01 Rev. 2.0 del 21/06/2021 predisposta, come disposto dal D.A. 17/05/2021 n. 436, dall' Area Interdipartimentale 2 "Organismo Tecnicamente Accreditante" del Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico dell'Ass.to Regionale della Salute, si è reso necessario procedere alla revisione della relativa scheda della UO AccREDITAMENTO, relativamente ai processi 2, 3 e 4.

A livello regionale i criteri di distribuzione delle risorse sono definiti dal competente Assessorato della Salute, così come la determinazione degli standard organizzativi, tecnologici e strutturali al cui mantenimento è condizionato l'accREDITAMENTO e quindi il conseguente rapporto contrattuale.

A seguito di quanto rilevato nelle relazioni del 1° e 2° semestre 2022, si è proceduto alla revisione della scheda Area 11 - n.2, con specifico riferimento al processo 1 - misura 1.

Per quanto riguarda l'esecuzione degli accordi contrattuali stipulati tra l'A.S.P di Messina e i soggetti accreditati, sono state proceduralizzate e standardizzate le attività afferenti alle Unità Operative interessate (Distretti Sanitari, UOC Ospedalità Privata, Dipartimento Attività Socio Sanitarie, Dipartimento Salute Mentale, UOC Gestione Acquisizioni Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie), che possono originare possibili eventi rischiosi rappresentati dal mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito alla tipologia e alla qualità delle prestazioni, da riconoscimenti economici indebiti per prestazioni inappropriate o non erogate mediante la informatizzazione di diversi procedimenti, soprattutto per quanto attiene il sistema di fatturazione elettronica. Come nel 2021, anche nel 2022, nella predisposizione dei contratti, si prevede l'implementazione di specifiche misure quali l'attivazione di procedimenti sanzionatori per inadempimenti accertati dall'organo sanitario competente, nonché l'impegno da parte dell'erogatore privato, pena la risoluzione del contratto, a collaborare con la PA nelle attività ispettive e di controllo.

AREA DI RISCHIO 12	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE - RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI
---------------------------	---

scheda 12.1 - UOC PROVVEDITORATO

scheda 12.2 - UOS FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO (nuova metodologia)

scheda 12.3 - UOC SPEM (nuova metodologia)

scheda 12.4 - DIREZIONI MEDICHE STABILIMENTI OSPEDALIERI

scheda 12.5 - DISTRETTI SANITARI

scheda 12.6 - UOC ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

scheda 12.7 - UOC OSPEDALITA' PRIVATA (nuova metodologia)

Riguardo a quest'Area solo le schede 12.2 e 12.7 sono state revisionate con la nuova metodologia di ponderazione del rischio. Inoltre la scheda 12.7 è stata ulteriormente revisionata con precisazione inerente la misura sui controlli semestrali congiunti con il Dipartimento del Farmaco.

Com'è noto, il settore dei farmaci, dei dispositivi e di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, comprese le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi. È peraltro risaputo che il ciclo di gestione del bene farmaco e delle relative modalità di preparazione, dispensazione, somministrazione e smaltimento, è soggetto a comportamenti corruttivi o a negligenze, fonti di sprechi o di eventi avversi, in relazione ai quali è necessario adottare idonee misure di prevenzione.

Il processo di acquisizione dei farmaci e dei potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione sono riconducibili alle argomentazioni trattate nella parte relativa al ciclo degli approvvigionamenti dei beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e scarico presso le farmacie degli stabilimenti ospedalieri di questa A.S.P..

È già in corso di implementazione la informatizzazione della gestione di magazzino presso tutti i reparti. Obiettivo ulteriore dell'Azienda, anche per il 2022, è l'implementazione della informatizzazione fino alla somministrazione al paziente, al fine di rendere possibile la completa tracciabilità del prodotto e la puntuale ed effettiva associazione farmaco-paziente, oltre che la riduzione di eventuali sprechi e una corretta allocazione/utilizzo di risorse.

Riguardo alla prescrizione dei farmaci in ambito extra ospedaliero, è già attiva da diversi anni una procedura informatizzata per la lettura delle ricette, atteso che gran parte di tale processo è oggetto di specifica normativa nazionale e regionale (dematerializzazione delle ricette).

Da diversi anni i riflettori sono puntati sui livelli critici della spesa farmaceutica nella provincia di Messina, per cui è già proceduralizzata in Azienda una specifica attività di controllo sulla "iperprescrizione", finalizzata alla verifica dell'appropriatezza delle prescrizioni e al controllo quali-quantitativo, anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente, sugli eventuali abusi dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco o di frodare il S.S.N.. Di tale attività viene prodotta un'apposita reportistica che consente di individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive e di intervenire per il ripristino della legalità, inviando sistematicamente le risultanze della elaborazione a tutti i livelli organizzativi interessati in ambito distrettuale per gli opportuni interventi sui medici per i quali sono state rilevate le anomalie prescrittive. Gran parte del processo è stato standardizzato mediante l'utilizzo del "Sistema tessera sanitaria".

Inoltre, a seguito di specifiche disposizioni assessoriali (DA n.2004/2015 e successive circolari esplicative n.2000, n.4923 2016 DASOE, da ultimo il DA 552/2016), ogni anno viene stilato il cronoprogramma degli incontri, presso i Distretti Sanitari, della Commissione Aziendale all'uopo istituita con i MMG e i PLS, per la rilevazione delle inadempienze e conseguenti contestazioni.

Nel 2020, a cura della UOC SPEM, era stata adottata, come previsto nel precedente PTPCT, con deliberazione n.3254/DG del 18/12/2019, la Procedura per il Fabbisogno annuale ed approvvigionamento vaccini obbligatori e facoltativi, per monitorarne l'approvvigionamento e la distribuzione, gestire le scorte ai fini della corretta partecipazione alla relativa Gara Regionale acquisizione vaccini. Nel 2021, con delibere n.2971/CS del 23/08/2021, n.3626/CS del

17/10/2021 (delibera di rettifica n.4513/CS del 13/12/2021) è stato adottato il "Recepimento D.D.56 del 27.04.2021 di approvazione e aggiudicazione della procedura di gara telematica ai sensi dell'art. 55 del D.Lgs. n.50/2016 e ss.mm.ii., per l'affidamento della fornitura dei vaccini per la campagna antinfluenzale 2021/2022 e 2021/2024, occorrenti alle Aziende Sanitarie del S.S.R. della Regione Siciliana.

Le "sperimentazioni cliniche" sia in relazione alla entità dei proventi sia per le conflitti di interesse che possono esserci tra le ditte farmaceutiche e gli sperimentatori costituiscono un'attività a rischio corruttivo. L'azione dei Comitati Etici volta ad accertare la scientificità e la eticità del protocollo di studio, non fornisce specifiche garanzie al riguardo.

Per tal motivo anche nel 2023 si terrà conto del Regolamento del Comitato Etico interaziendale adottato dalla AOU Policlinico "G. Martino" di Messina, con delibera n.261 del 18/10/2017, ai sensi del D.A. 16 luglio 2013 (G.U.R.S. n.37 del 9 agosto 2013), per la gestione contabile. Secondo quanto indicato nella Delibera ANAC n.831/2016 è opportuno prevedere l'adozione di un regolamento aziendale integrativo di quello interaziendale, al fine di regolamentare le modalità di ripartizione, rendendole trasparenti, per garantire una equità di fruizione dei proventi derivanti dalle sperimentazioni cliniche tra tutto il personale che vi partecipa attivamente, nonché la determinazione dei costi da sostenersi per la conduzione della sperimentazione a livello aziendale.

Con delibere n.2170/2016 e n.926/2017 è stato approvato il regolamento aziendale sulla partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni all'Azienda con spese a carico dei soggetti privati (sponsorizzazioni individuali), con la finalità di assicurare che la sponsorizzazione avvenga in maniera trasparente, secondo criteri di pari opportunità, imparzialità e rotazione, evitando conflitti di interesse, anche potenziale.

Come già rappresentato nelle pagine precedenti, nel 4° trimestre del 2022, a seguito di specifica richiesta della U.O.C., il RPCT ha proceduto all'audit, prodromico alla revisione della scheda di cui alla presente area di rischio.

AREA DI RISCHIO 13	ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO
---------------------------	--

Scheda 13.1 - DIREZIONI MEDICHE STABILIMENTI OSPEDALIERI A.S.P. MESSINA

L'unica scheda di misure di prevenzione della corruzione riferibile a tale area di rischio riguarda le Direzioni Mediche degli stabilimenti ospedalieri dell'A.S.P. di Messina, già revisionata col precedente PTPCT, limitatamente alla prima metodologia implementata già a dicembre 2019, ma non revisionata ed aggiornata con la con la nuova metodologia di ponderazione del rischio nel 2020.

Nella predetta scheda è stato puntualmente delineato il processo in esame, il quale è stato scomposto in 3 Fasi e nelle Attività specificate per ciascuna fase, avendo particolare cura all'applicazione del Regolamento aziendale definito con Disposizione prot. n.1658 D.S. del 28/01/2016 del Direttore Sanitario pro tempore) mediante check list, e delle misure all'uopo individuate, consistenti in un attento monitoraggio dell'applicazione di detto regolamento, degli aspetti amministrativi e della rotazione del personale addetto a tale servizio.

Nel 4° trimestre del 2022, il previsto audit di tale processo, predisposto per il P.O. di S. Agata M. Illo non è stato possibile effettuarlo a causa sia della momentanea indisponibilità del Dirigente Medico Responsabile del P.O., sia perché già a fine anno. Tale audit sarà rinviato al

2.3.6 MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

Considerato che il Piano anticorruzione aziendale è un documento di programmazione, è evidente che ad esso debba seguire un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure.

Per tale ragione, è opportuno che ogni amministrazione preveda e descriva accuratamente nella relativa sottosezione del P.I.A.O. il proprio sistema di monitoraggio dell'attuazione delle misure.

Appare opportuno ribadire che la responsabilità del monitoraggio è del RPCT.

Tuttavia, soprattutto in amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità, com'è l'ASP di Messina, con un'ampia dislocazione sul territorio nelle diverse sedi delle sue articolazioni aziendali, il monitoraggio in capo al solo RPCT risulterebbe di non facile attuazione, anche tenuto conto della generalizzata numerosità degli elementi da monitorare.

Per tale ragione, nell'ambito dell'attività del RPCT, sono previsti sistemi di monitoraggio su due livelli:

- il **primo livello** in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure (autovalutazione);
- il **secondo livello** in capo al RPCT.

Il monitoraggio di primo livello, dunque, viene attuato in autovalutazione da parte dei responsabili degli uffici e dei servizi della struttura organizzativa che ha la responsabilità di attuare le misure oggetto del monitoraggio. Anche se in autovalutazione, il responsabile del monitoraggio di primo livello è chiamato a fornire al RPCT evidenze concrete dell'effettiva adozione della misura. È opportuno far presente che questa modalità fornisce valutazioni di qualità meno elevata rispetto alle analisi condotte direttamente dal RPCT o da altre unità indipendenti (es. internal audit), poiché in questo caso si tratta di (auto) valutazioni effettuate dagli stessi soggetti che hanno la responsabilità dei processi/attività oggetto del controllo.

Il monitoraggio di secondo livello viene attuato dal RPCT, coadiuvato da una struttura di supporto e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno (ufficio dedicato del Controllo di Gestione).

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nella presente sottosezione del PAIO da parte delle unità organizzative in cui si articola l'amministrazione.

L'attività di monitoraggio viene adeguatamente pianificata e documentata sia nel Cronoprogramma, che in un **piano di monitoraggio** annuale che indica:

- i processi/attività oggetto del monitoraggio;
- le periodicità delle verifiche;
- le modalità di svolgimento della verifica.

Per quanto riguarda i processi/attività oggetto del monitoraggio, il RPCT tiene conto delle risultanze dell'attività di valutazione del rischio per individuare i processi/attività maggiormente a rischio sui quali concentrare l'azione di monitoraggio. Nella pianificazione delle verifiche si tiene conto anche dell'esigenza di includere nel monitoraggio i processi/attività non verificati negli anni precedenti. Pertanto, le verifiche programmate non esauriscono l'attività di monitoraggio del RPCT, in quanto alle attività pianificate si aggiungono quelle non pianificate che dovranno essere attuate a seguito di segnalazioni che pervengono al RPCT in corso d'anno tramite il canale del whistleblowing o con altre modalità di segnalazione.

Riguardo alla periodicità, il RPCT definisce nel Piano di monitoraggio la relativa tempistica.

Pertanto, coerentemente al principio guida della "gradualità" e tenendo conto delle specificità e delle dimensioni dell'A.S.P. di Messina, il monitoraggio di primo livello (autovalutazione) sull'attuazione delle misure implementato in questa azienda ha frequenza semestrale, mentre

il monitoraggio di secondo livello, a cura del RPCT, dell'Ufficio di supporto e di altri organi con funzioni di controllo interno (ufficio dedicato del Controllo di Gestione), sarà effettuato con cadenza annuale, con l'obiettivo di verificare la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione mediante il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno della presente sottosezione del PIAO e anche attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta.

Il RPCT svolge, inoltre, audit specifici, con verifiche sul campo che consentono il più agevole reperimento delle informazioni, evidenze e documenti necessari al miglior svolgimento del monitoraggio di secondo livello.

Tali momenti di confronto sono utili anche ai fini della migliore comprensione dello stato di attuazione delle misure e di eventuali criticità riscontrate, in un'ottica di dialogo e miglioramento continuo. Al fine di agevolare i controlli, inoltre, viene fatto ricorso anche a sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come le intranet) dove possono essere fatti confluire tutti i documenti che formalizzano le misure.

Nell'A.S.P. di Messina il monitoraggio di secondo livello sarà realizzato sulle misure di prevenzione programmate all'interno della relativa sezione del P.I.A.O., attraverso campionamento delle misure da sottoporre a verifica, dando adeguata motivazione della scelta effettuata e delle modalità di campionamento utilizzate. Fra le diverse modalità di campionamento, sarà utilizzato il campionamento "ragionato" secondo i seguenti criteri:

- 1) misure di prevenzione dei processi risultati a più elevata esposizione al rischio;
- 2) misure di quei processi su cui si sono ricevute segnalazioni pervenute tramite canale whistleblowing o tramite altri canali;
- 3) aree non soggette ad auditing negli anni precedenti con processi ad elevata esposizione al rischio di corruzione.

Durante la fase di monitoraggio di secondo livello sarà valutata l'idoneità delle misure sulla effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo.

Per poter realizzare un modello di gestione del rischio corruttivo diffuso nell'organizzazione (c.d. *modello di prevenzione a rete*), i responsabili degli uffici e i dipendenti tutti, quando richiesto e nelle modalità specificate, hanno il dovere di fornire il supporto necessario al RPCT, rammentando che tale dovere, laddove disatteso, può dar luogo a provvedimenti disciplinari.

L'attività del piano di monitoraggio del 2021, come per il 2020, è stata sensibilmente ridotta a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19, e ricondotta solo al controllo documentale, facendo ricorso anche alle risultanze dell'attività di auditing dell'Internal Auditor.

Per il 2023, preso atto delle ulteriori disposizioni normative in materia di P.I.A.O., di cui al Decreto n.132/2022, si prevede di calendarizzare il seguente piano, che riprende anche le attività che non sono state poste in essere nel 2022.

Con riferimento al citato Decreto si rappresenta che nel P.I.A.O. è prevista specifica sottosezione, cui si rinvia per le modalità e gli strumenti di monitoraggio, secondo le indicazioni ANAC, qui rappresentate.

PIANO DI MONITORAGGIO A CURA DEL RPCT – anno 2023				
PERIODO	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	U.O.	MODALITA'
anno 2023	Liste d'attesa (area di rischio 10)	Assistenza Specialistica Ambulatoriale Interna	Distretti Sanitari	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento

anno 2023	Liste d'attesa (area di rischio 10)	Gestione lista di attesa	Direzioni Mediche Stabilimenti Ospedalieri	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento
anno 2023	Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero (area di rischio 13)	Gestione paziente deceduto in ospedale	Direzioni Mediche Stabilimenti Ospedalieri	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento
anno 2023	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (area di rischio 5)	Liquidazione onorari professionisti esterni (Avvocati)	U.O.C. Affari Generali	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento
anno 2023	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (area di rischio 5)	Rimborso spese procedimenti penali	U.O.C. Affari Generali	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento
anno 2023	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (area di rischio 5)	Costituzione Fondo Rischi	U.O.C. Affari Generali	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento
anno 2023	Disciplina derogatoria in materia di contratti pubblici e prevenzione della corruzione (PNA 2022)	Verifiche a campione (almeno 2%) previste nella scheda Area 3 – n.5 da parte del RPCT	U.O.C. Provveditorato U.O.C. Tecnico	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento

Ulteriori audit potranno essere effettuati secondo il feedback dell'attività di monitoraggio.

MONITORAGGIO E RIESAME

La Determinazione ANAC n.12/2015 pone l'accento sulla necessità di dare evidenza al monitoraggio del Piano, ossia a come viene concretamente presidiata la sua implementazione,

rendendolo una funzione specifica del complessivo processo di miglioramento organizzativo, fondamentale all'interno di un documento che prescrive sistemi di presidio dell'attività amministrativa.

Già la legge 190/2012 ed il PNA 2013 facevano esplicito riferimento a strumenti di monitoraggio, tempistiche e obblighi informativi nei confronti del RPCT, ma con la Determinazione n.12/2015 si giunge ad un preciso inquadramento concettuale e metodologico in relazione al ruolo preventivo svolto dal PTPC, a partire dalla distinzione tra monitoraggio e controllo, il primo consistendo in un'attività di verifica tramite strumenti informativi, il secondo invece nell'accertamento della correttezza amministrativa in senso stretto, ribadendo altresì la necessità di integrare il sistema di monitoraggio delle misure con i sistemi di controllo interni. Come indicato, poi, nell'allegato 1 del PNA 2019, il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono la fase fondamentale del processo di gestione del rischio mediante cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate.

Il *monitoraggio* è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il *riesame* è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio.

I risultati dell'attività di monitoraggio, quindi, sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

La presente sottosezione del PIAO, in continuità con i precedenti Piani, fa propria la *ratio* che attribuisce al RPCT specificamente la funzione di monitoraggio della corretta implementazione del Piano e l'adozione degli eventuali correttivi prevedendo la progressiva definizione di un articolato sistema il cui nucleo gestionale/operativo è rappresentato dall'Ufficio del Controllo di Gestione appositamente istituito per il monitoraggio delle misure anticorruzione e trasparenza, e la metodologia di intervento prevede il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti i livelli dell'organizzazione, così come dettagliato ai capitoli 5 e 6 del Piano.

Il coordinamento con il ciclo della performance, già previsto e attivato nei precedenti PTPCT aziendali, ha consentito l'individuazione dei seguenti obiettivi di prevenzione su cui attivare un monitoraggio permanente e continuo:

- Attivazione di processi formativi sui temi dell'anticorruzione per accrescere le competenze e rinforzare il senso etico;
- Valutazione del rischio per ciascuna macro-area a rischio di corruzione di cui al P.N.A., oltre quelle individuate dal presente Piano;
- Rotazione incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- Iniziative di integrità;
- Monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali;
- Diffusione trasparenza e adempimenti obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente";
- Attivazione dei processi formativi sui contenuti del Codice di Comportamento in funzione preventiva del rischio corruttivo;
- Adeguamento degli atti dell'Amministrazione ai contenuti del Codice di Comportamento;
- Monitoraggio dell'applicazione del Codice di Comportamento;
- Monitoraggio segnalazioni provenienti dalla società civile e dai cittadini.

Quest'ultimo processo è reso possibile grazie all'istituzione del previsto flusso informativo delle segnalazioni dall'URP al RPCT all'interno del Regolamento aziendale di Pubblica Tutela (Delibera n. 3017/DG del 21/12/2016) e dall'avviata attività di collaborazione e scambio con il Comitato Consultivo Aziendale.

Il monitoraggio consente in primo luogo la verifica delle misure di trattamento del rischio in relazione ai requisiti che l'ANAC prescrive debbano avere: efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio, sostenibilità economica e organizzativa, adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione, con riferimento a tempistica, responsabilità e indicatori.

Particolare attenzione è stata posta nel definire il flusso delle informazioni necessitanti per il monitoraggio, quale misura trasversale della Comunicazione interna finalizzata a sostenere l'implementazione delle specifiche misure di controllo del rischio, curando, laddove possibile, che i flussi siano automatizzati e prevedendo il sistema di *alert* che, sul modello dell'*evento sentinella* utilizzato nel Risk Management, consenta l'immediata segnalazione di eventi imprevisti.

Specifici report, schede, relazioni e segnalazioni hanno consentito di acquisire informazioni e dati circa l'implementazione e l'efficacia delle misure, direttamente dalle UU.OO., dimostrando una generale e sostanziale tenuta del sistema di collegamento agli obiettivi di budget, sistema basato sull'integrazione realizzata a partire dal processo di individuazione condivisa delle misure di prevenzione, sia quelle specifiche delle UU.OO., sia quelle trasversali, ed i relativi indicatori, sino alla valutazione annuale, passando attraverso l'articolato sistema di monitoraggio che prevede incontri periodici con i referenti delle UU.OO. facenti parte del gruppo multidisciplinare e una verifica infra-annuale (attraverso l'acquisizione di una relazione semestrale) al fine di consentire opportuni e tempestivi interventi correttivi, in caso di criticità o aggiustamenti di sistema.

L'esame dell'applicazione e dell'efficacia delle misure previste nel PTPCT 2021-2023 ha consentito di creare i presupposti per l'elaborazione del nuovo Piano. In particolare, dovendo dar seguito a quanto previsto nei precedenti PTPCT, riguardo al monitoraggio delle misure anticorruzione adottate nell'ambito delle aree individuate "a maggior rischio di corruzione" (schede misure anticorruzione - Allegato 1) e alla valutazione dell'efficacia delle azioni implementate rispetto a tali misure, si è ritenuto opportuno introdurre nella metodologia di lavoro una specifica attività di auditing, in conformità a quanto previsto dalla vigente normativa (L.190/2012, Determinazione A.N.AC. n.12/2015 e Delibera A.N.AC. n.831/2016).

Tale attività, implementata nell'ottica del miglioramento delle azioni realizzate dal RPCT, persegue i seguenti obiettivi:

- Individuazione di eventuali anomalie dei processi/procedimenti oggetto di audit;
- Valutazione in ordine alla necessità di introduzione di azioni cautelative e/o di miglioramento al fine di mitigare i rischi di fenomeni corruttivi;
- Efficientamento dei processi individuati nel vigente PTPCT;
- Verifica del grado di attuazione ed efficacia delle misure correttive previste dalla sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" vigente relativamente ai processi/procedimenti oggetto di verifica.

Le modalità di svolgimento dell'audit di revisione della mappatura dei processi e delle relative schede inerenti le misure di prevenzione della corruzione, come previsto nel cronoprogramma della presente sottosezione e rivisitato in sede di attuazione, tengono conto delle seguenti fasi:

- 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.

Riguardo alle attività espletate negli anni passati, per le quali si rinvia ai precedenti PTPCT, nel 2022 sono stati effettuati gli audit previsti nel Cronoprogramma del 2022, come di seguito riportato, solo nella fase finale dell'anno, anche a causa dell'avvicendamento di tre RPCT nello stesso anno.

Pertanto, nel 4° trimestre, l'ultimo RPCT incaricato ha proceduto alla predisposizione degli audit, compatibilmente con le numerose incombenze da espletare contestualmente. Si è proceduto alla preparazione degli audit riguardanti i processi "Liste d'attesa" e "Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero" previste per i Presidi Ospedalieri, individuando il P.O. di S. Agata M.Ilo, audit che però non è stato possibile effettuare sia a causa della indisponibilità del Dirigente medico responsabile, che perché già a fine anno. Ne consegue che tale audit viene rinviato al 2023. Analogo discorso per l'audit per "Liste d'attesa" per i Distretti Sanitari. In sostituzione dell'audit per "Liste d'attesa" dei PP.OO. e Distretti Sanitari, è stato condotto audit presso il Referente Aziendale CUP-SOVRACUP per la stessa area di rischio. È stato effettuato il previsto audit presso la U.O.C. Gestione Personale Dipendente, per l'Area di rischio "Reclutamento - Programmazione / Definizione fabbisogno" e "Reclutamento - Costituzione Commissione giudicatrice". È stato, altresì, effettuato audit, non rientrante tra quelli programmati, presso la U.O.C. Patrimonio. Determinante è stato l'apporto in tali attività del personale individuato nel Gruppo multiprofessionale di supporto al RPCT per tali strutture aziendali, nonché anche dell'Internal Auditor e del personale ad esso afferente.

Le risultanze dell'attività di auditing, unitamente agli esiti degli ulteriori monitoraggi previsti dal Piano, hanno così costituito un importante punto di riferimento sia ai fini della redazione della relazione annuale di cui all'art. 1, co.14, L. n.190/2012, che dell'aggiornamento della presente sottosezione del PIAO, per individuare 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 per fatti che hanno coinvolto le attività del settore.

Il RPCT ha utilizzato i risultati emersi 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.

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 della sezione anticorruzione del P.I.A.O., è risultato fondamentale l'apporto del "gruppo di lavoro multi-disciplinare" che ha contribuito a facilitare la penetrazione e l'applicazione all'intera articolazione aziendale delle misure di prevenzione e contrasto alla corruzione.

Riprendendo quanto rappresentato nei precedenti P.T.P.C.T., i componenti del Gruppo Multidisciplinare hanno costituito, nel 2016, il primo campione qualificato a cui il RPCT, integrando peraltro una specifica azione-obiettivo dei PAC aziendali, è ha somministrato il questionario finalizzato alla *rilevazione del livello di implementazione delle azioni previste dalla*

recente normativa in tema di legalità e trasparenza. Le indicazioni emerse convergono nell'individuare i settori *Procedure gare/appalti – Acquisizione beni e servizi, Vigilanza/controlli/ ispezioni ed irrogazione sanzioni, Procedure concorsi – Affidamento incarichi e nomine,* come maggiormente esposti al rischio corruttivo, aggredibili prioritariamente con misure di formazione e rotazione. Nel 2017 l'indagine è stata estesa ad un numero più ampio di dirigenti e dipendenti, mediante la somministrazione del questionario presso tutte le UU.OO..

Completano il quadro degli strumenti previsti nel presente PTPCT 2022-2024 per il monitoraggio delle misure i seguenti interventi organizzativi:

- a) i compiti di controllo e verifica in materia di prevenzione della corruzione espletati dalla Commissione Aziendale Attività Ispettive;
- b) il flusso informativo che consente di estendere il monitoraggio alle eventuali segnalazioni da parte del cittadino di episodi di cattiva amministrazione, anche per il tramite della casella di interfaccia web "contattaci";
- c) la predisposizione di un protocollo operativo condiviso con il Risk Manager per il monitoraggio congiunto degli eventi che abbiano rilievo sia per il rischio corruzione, sia per il rischio clinico;
- d) il rafforzamento del Gruppo Multidisciplinare dei Referenti, i quali svolgono, tra l'altro, "attività informativa ... per la formazione e il monitoraggio del PTPCT e sull'attuazione delle misure", già attuato con atto deliberativo n.143/DG del 21/01/2016, che ratifica una modalità operativa attiva dal 2015.

Per il monitoraggio della presente sottosezione del P.I.A.O. viene altresì in atto utilizzato lo schema della Relazione annuale del RPCT, che costituisce un'utile guida all'autovalutazione dell'efficacia delle misure di prevenzione e all'individuazione di eventuali scostamenti.

Nel 2023, l'attività di monitoraggio sarà effettuata utilizzando la procedura che regola la pianificazione e l'effettuazione degli audit congiunti in ambito di anticorruzione e di internal auditing, mediante l'adozione del Piano Annuale e Piano Triennale di Audit previsti per il 2023, come già attuato negli anni passati, consolidando un'attività di integrazione già avviata nel contesto delle procedure P.A.C..

L'attività dell'Internal Auditor, "funzione indipendente ed obiettiva, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale" individuata con deliberazione n.2058/DG del 06/09/2016, è infatti strettamente connessa con l'attività del RPCT e già con delibera n.3054/C del 17/10/2017, modificata ed integrata dalla deliberazione n.1590/CS del 07/04/2022, erano state attribuite al Gruppo Multidisciplinare dei Referenti anche funzioni di supporto agli Internal Audit. Con delibera n.3115/C del 02/11/2018 è stato individuato "...un gruppo che strutturalmente e stabilmente svolga, unitamente alle attività dell'U.O. di appartenenza, le funzioni di Internal Audit sotto la guida del Responsabile I.A.", assegnando al Gruppo Multidisciplinare dei Referenti "la funzione di interfaccia con il Gruppo I.A. per la verifica dell'attuazione dei P.A.C. e per il corretto funzionamento dei controlli interni". Con deliberazione n.3131/CS del 20/07/2022, modificata con deliberazione n.3878/CS del 21/09/2022, è stato costituito un gruppo di lavoro a supporto della funzione di Internal Auditor.

La pianificazione di audit congiunti effettuati dal Gruppo I.A. e dal Gruppo Multidisciplinare consentirà di integrare le funzioni di monitoraggio delle misure del PTPCT svolte dal RPCT con le funzioni di controllo delle procedure amministrativo-contabili svolte dall'I.A., potenziando l'impatto organizzativo di entrambi, 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.

RIESAME PERIODICO DELLA FUNZIONALITÀ COMPLESSIVA DEL SISTEMA

Il processo di gestione del rischio, le cui risultanze confluiscono nella presente sezione del P.I.A.O., è organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un costante flusso di informazioni e feedback in ogni sua fase e viene svolto secondo il principio guida del "miglioramento progressivo e continuo".

Come previsto nell'Allegato 1 del PNA 2019, dovendo definire la frequenza con cui procedere al riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema e gli organi da coinvolgere nel riesame, il RPCT ha ritenuto di dover prevedere, come da Cronoprogramma, un riesame nei mesi di ottobre – novembre dell'anno di riferimento, per supportare la redazione del PTPCT per il triennio successivo e il miglioramento delle misure di prevenzione.

Il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio costituisce un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati, allo scopo di rafforzare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi.

In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame periodico è coordinato dal RPCT e viene realizzato con il contributo metodologico degli organismi deputati all'attività di valutazione delle performance (OIV) e/o delle strutture di vigilanza e audit interno.

2.3.7 PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

SEZIONE TRASPARENZA

La trasparenza è indicata espressamente dall'ANAC quale prima misura di prevenzione del rischio corruttivo, ed occupa un particolare spazio nella complessiva strategia preventiva in ragione non solo del suo carattere trasversale, ma soprattutto per il complesso di normative e di regolamentazioni. Come suggerito dalle norme in materia, ed in linea di continuità con i precedenti Piani dell'Azienda, costituisce sezione della presente sottosezione del PIAO, che collega gli obiettivi della trasparenza con quelli contenuti negli altri documenti strategici dell'Azienda e col ciclo della performance.

Di seguito è presentato il documento organizzativo dell'A.S.P. di Messina, comprendente modalità, contenuti, strumenti e tempistica mediante i quali l'Azienda adotta e applica le misure di trasparenza nella propria azione amministrativa, completato dall'Allegato 2 "Elenco degli obblighi di pubblicazione – Sezione Amministrazione Trasparente", che ne costituisce parte integrante.

Anche il PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, al quale si rinvia, ha dato specifiche indicazioni in materia di trasparenza, cui l'A.S.P. di Messina si è adeguata, specificatamente riguardo alla sottosezione "Bandi di gara e contratti", per la quale sono stati individuati nuovi obblighi di pubblicazione che vanno a sostituire quelli precedenti, come risultanti dal citato Allegato 2 della presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", cui si rinvia, dove sono indicati anche gli obblighi di pubblicazione richiamati dall'allegato 2 del PNA 2022, per quanto di pertinenza dell'A.S.P. di Messina.

PRINCIPI GENERALI, FINALITÀ E OBIETTIVI STRATEGICI

Il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, recante *"Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"* ha comportato importanti modifiche in tema di trasparenza, con il definitivo chiarimento sulla natura, la revisione e la razionalizzazione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni, nonché il nuovo diritto di "accesso civico generalizzato" ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria, diverso dall'accesso civico previsto nel previgente D.Lgs. n.33/2013. Mentre, da un lato, ha determinato la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche, prevedendo la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione (art. 3 co. 1-bis), in sostituzione della pubblicazione integrale, dall'altro ha enfatizzato il ruolo dei cittadini nella partecipazione alla vita della pubblica amministrazione.

Infatti il nuovo testo dell'art.1 del Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 - Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni sancisce che *"la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche"*.

L'Organo di governo dell'A.S.P. di Messina, consapevole dell'importanza assunta dalla trasparenza negli orientamenti normativi e applicativi nazionali e internazionali, la considera una misura di fondamentale rilievo per la prevenzione della corruzione, e la utilizza quale strumento integrato nella complessiva azione amministrativa, finalizzato alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito della propria attività (P.N.A. 2016) , mediante la pianificazione di azioni in grado di garantire:

- a) un adeguato livello di trasparenza dell'attività dei propri Uffici e Servizi;
- b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità nelle proprie relazioni interne ed esterne.

In linea generale, l'orientamento strategico alla trasparenza è espresso all'interno dell'Atto Aziendale 2017, negli Elementi Identificativi dell'Azienda:

- ✓ trasparenza e comunicazione interna ed esterna figurano tra le scelte strategiche della mission;
- ✓ la vision aziendale prevede "l'applicazione delle disposizioni sulla trasparenza, di cui al decreto legislativo n. 150/09, attraverso il miglioramento dell'apposita pagina web dedicata e l'adozione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità, da pubblicare on line, ove sono contenute le azioni che intende svolgere per assicurare un livello adeguato di trasparenza";
- ✓ "trasparenza delle azioni e delle attività dell'Azienda" sono tra i principi ispiratori della gestione;
- ✓ accessibilità e trasparenza degli atti mirate al coinvolgimento dei cittadini costituiscono i principi ispiratori del servizio al cittadino.

L'Atto Aziendale fissa inoltre i propri obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, al capitolo 31, inquadrando la Prevenzione della Corruzione nell'*Assetto Istituzionale* dell'Azienda e fornendo, a partire dall'individuazione di una figura unica di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, le linee strategiche di indirizzo, gli ambiti di competenza, le modalità operative e organizzative, che sono confluiti nel Piano anticorruzione aziendale. In particolare, si sottolinea la rilevanza strategica data alla "collaborazione con la U.O.C. Controllo di Gestione, relativamente alla

connessione con la sottosezione Performance del P.I.A.O., e con la UO Formazione e Aggiornamento riguardo ai processi formativi correlati”.

In applicazione di quanto disposto dall’Atto Aziendale, il documento di programmazione 2023–2025, che detta “il livello di programmazione strategica” della complessiva attività aziendale e “la definizione del sistema di valutazione, monitoraggio e misurazione delle azioni da compiere per realizzare il soddisfacimento del bisogno pubblico del bene salute”, ossia il Piano della Performance, è redatto in sintonia con i vari PNA e relativi aggiornamenti susseguitesi negli anni come riguardo alla “*complessa normativa in materia di trasparenza*” e in modo coordinato ed integrato con la sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del P.I.A.O. 2023-2025.

Il coinvolgimento nella redazione di entrambi i piani è stato perfezionato attraverso la partecipazione attiva del personale dirigente che è stato invitato a realizzare sia la mappatura e l’analisi del contesto esterno ed interno relativamente alle UU.OO. di propria competenza, sia l’indicazione degli obiettivi, degli indicatori e delle azioni da perseguire tanto in materia di misurazione e valutazione della performance tanto in materia di controllo del rischio corruttivo, per il triennio di riferimento.

Gli obiettivi della presente sezione sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell’A.S.P. di Messina, definita, come detto, nella sottosezione della Performance del P.I.A.O..

PRINCIPIO GENERALE DI TRASPARENZA

Rilevante ai fini della trasparenza è il novellato art. 5 del D.Lgs. 33/2013, che disciplina un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, che riconosce a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l’accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall’ordinamento.

Al tal proposito, l’A.N.AC. è intervenuta con appositi atti di regolazione, le Linee guida recanti Indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 e art. 5- bis, comma 6, del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013 recanti «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni» (Linee guida accesso civico, c.d. FOIA), in ottemperanza alle quali il RPCT di questa A.S.P. ha predisposto specifica pagina web nella sezione “Amministrazione trasparente”, entro il termine previsto (23.12.2016), al fine di consentirne l’esercizio a qualsiasi cittadino.

Altra novità è rappresentata dalla previsione dell’art. 9-bis del D.Lgs. 33/2013, introdotto dal D.Lgs. 97/2016, in base al quale, nel caso in cui i dati che le amministrazioni e gli enti sono tenute a pubblicare ai sensi del D.Lgs. 33/2013 corrispondano a quelli già presenti nelle banche dati indicate nell’allegato B) del D.Lgs. 33/2013, le amministrazioni e gli enti assolvono agli obblighi di pubblicazione mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli stessi detenuti all’amministrazione titolare della corrispondente banca dati. Pertanto, nella sezione “Amministrazione Trasparente” è inserito un mero collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione.

A fine anno 2016 sono state pubblicate le Linee guida sulla trasparenza, “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, in sostituzione delle Linee guida di cui alla delibera CIVIT n.50/2013. L’allegato A del D.Lgs. n.97/2016 rivede l’allegato 1 della predetta delibera CIVIT n.50/2103, riducendo l’elenco degli obblighi di pubblicazione.

Tali obblighi sono stati riproposti nell'allegato 2, modificati relativamente alla sottosezione "bandi di gara e contratti", come da indicazioni del PNA 2022 adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, con individuazione delle UU.OO. competenti e dei relativi responsabili (*intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione*) della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, come richiesto dall'art. 10 del D.Lgs. 33/2013, in un'ottica di maggiore responsabilizzazione delle strutture interne dell'amministrazione ai fini dell'effettiva realizzazione degli standard di trasparenza.

PUBBLICAZIONE DEI DATI

Oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 33/2013, dalle Linee Guida 2016 e dalla normativa vigente, l'A.S.P. di Messina si riserva di pubblicare i c.d. "dati ulteriori", come espressamente previsto dalla l. 190/2012, art. 1, co. 9, lett. f).

Il diritto alla Trasparenza va temperato con il diritto alla privacy, come tutelato dal D.Lgs.196/2003, modificato a seguito dell'entrata in vigore del Regolamento Europeo 2016/679 (GDPR), e del successivo adeguamento di cui al D.Lgs. n.101/2018, tenendo conto, pertanto, di tali ultime disposizioni in materia.

Pertanto, le strutture aziendali dell'A.S.P., nel pubblicare notizie, dati, informazioni e quant'altro sul proprio sito istituzionale, pongono particolare attenzione nel selezionare ed escludere quei dati indicati come "particolari" (sensibili) ai sensi della suddetta normativa in materia di protezione dei dati personali, la cui conoscenza non garantisca il generale "*principio di pertinenza e non eccedenza*".

Adeguamenti sono stati posti in essere, mediante anche specifica formazione e produzione di circolari interne, con particolare riguardo alle modalità di pubblicazione, ai fini dell'osservanza dei principi di "liceità, correttezza e trasparenza", nonché di limitazione delle finalità dei dati, di minimizzazione dell'uso dei dati, di esattezza dei dati, della limitazione della conservazione, e dell'ulteriore nuovo principio esplicito dal GDPR, cioè quello dell'integrità e della riservatezza.

Nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679)

L'art. 2-ter del D.Lgs. 196/2003, introdotto dal D.Lgs.101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento». Inoltre, il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1».

L'ASP di Messina, prima di mettere a disposizione sul proprio sito web istituzionale dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifica che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel D.Lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione, nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento. Con il conseguente dovere di adottare tutte

le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d).

Il D.Lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «*Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione*».

Nell'ottica dell'interazione tra il RPCT e il DPO (RPD), l'ASP di Messina si adeguerà alle indicazioni in materia di protezione dei dati personali contenute nelle direttive/circolari predisposte e diffuse dal DPO.

La trasparenza così intesa favorisce la *partecipazione dei cittadini* all'attività dell'amministrazione ed è pertanto funzionale a tre scopi:

1. Sottoporre a controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento;
2. Assicurare la conoscenza con funzione informativa dei servizi resi dall'amministrazione, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle loro modalità di erogazione;
3. Prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.

Il concetto di Trasparenza assume così una dimensione più ampia rispetto a quella collegata al diritto di accesso alle informazioni in funzione della titolarità di un interesse specifico e soggettivo (legge n.241 del 1990).

RESPONSABILITÀ

Le tipologie di dati di cui al paragrafo precedente, nonché quelli c.d. "ulteriori", di cui l'Amministrazione intenderà dare evidenza, sono pubblicati direttamente dalle UU.OO. competenti, per il tramite dei soggetti individuati dai Direttori delle strutture aziendali, secondo la tempistica di legge, su formato elettronico aperto. Il sistema di pubblicazione rileva il soggetto che ha effettuato la pubblicazione, la data di produzione, nonché eventuale aggiornamento alle scadenze periodiche.

Il RPCT, provvederà, con le modalità ritenute opportune, con cadenza periodica o tempestivamente, secondo necessità, ad effettuare un monitoraggio a campione, con riferimento a:

- Tipologia del dato;
- Completezza del dato;
- Certezza della produzione del dato.

Per l'individuazione dei contenuti della sezione della Trasparenza sono coinvolte le seguenti UU.OO. con i relativi responsabili all'individuazione/l'elaborazione e pubblicazione dei dati:

U.O.	RESPONSABILE
Dipartimento di Prevenzione per la Salute	DR.SSA PAINO EDDA
U.O.C. SPEM	DR. SIDOTI SALVATORE (inc. ex art 22)
U.O.C. Laboratorio Sanità Pubblica	DR. ARENA FRANCESCO (inc. ex art 22)
U.O.C. SIAN	DR. NICODEMO GAETANO
U.O.C. SIAV	DR. SSA CARUSO GABRIELLA
U.O.C. SPRESAL	DR.SSA PAINO EDDA
U.O.C. Servizio Impiantistica e Antinfortunistica (SIA)	
U.O.C. Accreditamento Istituzionale	DR. MANTI FORTUNATO
Dipartimento Prevenzione Veterinario	DR. CALABRO' CARMELO

U.O.C. Servizio Sanità Animale	DR. CALABRO' CARMELO
U.O.C. Igiene Alimenti di Origine Animale	DR. LA MACCHIA SANTI
U.O.C. Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche	DR. FRANCHINA ANTONINO (inc. ex art. 22)
Dipartimento Attività Socio Sanitarie	DR. MOLONIA NATALE
U.O.C. Riabilitazione Adulti e Minori dell'Area Metropolitana	DR. QUATTROCCHI GIUSEPPE
U.O.C. Riabilitazione Età Evolutiva dell'Area Cittadina	DR.SSA MANASSERI ANNA
U.O.C. Assistenza Sanitaria Pazienti Fragili ed Integrazione Socio-Sanitaria	DR. MOLONIA NATALE
Dipartimento del Farmaco	
U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera	DR. VEGA GIOVANNI
U.O.C. Farmaceutica Territoriale	DR.SSA ROSSITTO ALFINA
Dipartimento Salute Mentale	DR. MOTTA GASPARE (inc. ex art. 22)
Dipartimento Risorse Tecnologiche e Finanziarie	DR. MANZI VINCENZO
U.O.C. Provveditorato	DR. MANZI VINCENZO ad interim
U.O.C. Tecnico	ING. TRIFILETTI SALVATORE
U.O.C. Economico Finanziario	DR. FRASSICA PIETRO
U.O.C. Acquisizione Prestazioni Sanitarie	DR. MANZI VINCENZO
Dipartimento Risorse Umane Sviluppo Organizzativo, Affari Generali e Patrimonio	DR.SSA SALIMBENE ROSARIA
U.O.C. Gestione Personale Dipendente	DR.SSA SALIMBENE ROSARIA
U.O.C. Affari Generali	DR.SSA PULEJO GIULIA
U.O.C. Gestione Personale Convenzionato	DR. FRASSICA PIETRO ad interim
U.O.C. Patrimonio	DR.SSA PULEJO GIULIA ad interim
U.O.C. Coordinamento Staff D.G.	DR. QUATTRONE GIANCARLO
U.O.C. Controllo di Gestione, Sistemi Informativi e Statistici	
U.O.C. Servizio di Psicologia	DR.SSA SANTISI ANTONINA
U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione	DR.SSA PELLEGRINO ELVIRA
Dipartimento Cure Primarie	DR. D'ANGELO SEBASTIANO
U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base e Specialistica e Medicina Legale	DR. CRISICELLI CARMELO
U.O.C. Medicina Penitenziaria	
Distretto Sanitario di Messina	DR. NUCIFORA MARCELLO
Distretto Sanitario di Taormina	DR. D'ANGELO SEBASTIANO
Distretto Sanitario di Milazzo	DR.SSA CASELLA MARIA FRANCA
Distretto Sanitario di Lipari	DR. QUARANTA SERGIO
Distretto Sanitario di Barcellona P.G.	DR. BRUNO MASSIMO
Distretto Sanitario di Patti	DR. FRANCESCO CATALFAMO
Distretto Sanitario di Mistretta	DR. NATALE BRUNO
Distretto Sanitario di S. Agata M.	DR.SSA CARANNA ROSALIA
Dipartimento Cure Ospedaliere	DR. CARDIA PAOLO
P.O. Milazzo	DR. CARDIA PAOLO
P.O. Barcellona P.G	DR.SSA LAQUIDARA FELICIA
P.O. Lipari	DR. CROSCA SERGIO
P.O. S. Agata M.llo	DR. GIALLANZA ANTONINO
P.O. Mistretta	DR. NATALE BRUNO
P.O. Patti	DR. MERLO GIOVANNI
P.O. Taormina	DR. CARDIA PAOLO
U.O.C. Ospedalità Privata	
Direzione Amministrativa U.O.C. PP.OO. Milazzo-Lipari	
U.O.S. Gestione Amministrativa P.O. Barcellona P. G.	
Direttore Amministrativo PP.OO. Patti - S. Agata M. -	

Mistretta	
Direttore Amministrativo P.O. Taormina	DR. RESTUCCIA MARCO
U.O.S. Comunicazione	
U.O.S. Formazione e Aggiornamento	DR.SSA ALESSI FLAVIA (inc. ex art. 22)

Così come indicato dal novellato art.10 del D.Lgs. 33/2013 (che prevede l'accorpamento tra programmazione della trasparenza e programmazione delle misure di prevenzione della corruzione), la sottosezione del P.I.A.O. sulla trasparenza è impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire, all'interno dell'ente, l'individuazione/ l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Infatti, già nel PTPC-PTTI 2016-2018 è stata conferita diretta competenza e responsabilità ai Direttori delle UU.OO. degli obblighi di pubblicazione (allegato 2 PTPC-PTTI 2016-2018). Ciò ha garantito un rilevante miglioramento nella qualità delle informazioni.

Con ripetute direttive e raccomandazioni sono state interessate tutte le UU.OO dell'Azienda sui contenuti del nuovo Decreto Trasparenza (D.Lgs. n.33/13 così come modificato dal D.Lgs. n.97/16) sui nuovi obblighi di pubblicazione, sul nuovo istituto dell' "accesso civico generalizzato" (FOIA), e sulla sua applicazione.

Sono state trasmesse alle UU.OO interessate e responsabili, le Linee Guida recanti le indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, con allegato l'aggiornamento degli obblighi di pubblicazione di cui alla delibera n.50/2013 CiVIT, allegando stralcio degli obblighi di interesse

Nel 2017 è stato reingegnerizzato il sito dell'A.S.P., compresa la sezione "Amministrazione Trasparente", al fine di riorganizzare contenuti e fruibilità in linea con le norme dell'amministrazione digitale e dei decreti sulla trasparenza. A tal proposito è stata svolta la necessaria attività di coordinamento per garantire il "trapasso" dei contenuti già esistenti e l'implementazione di quelli previsti dalla nuova normativa, nel nuovo sito.

Già a partire dal 2014 sono stati avviati, con le singole UU.OO., incontri tematici e formativi, programmati anche per il 2020, su alcune particolari aree di obblighi di pubblicazione e sulle procedure di automatizzazione di popolamento delle varie sottosezioni interessate.

Obiettivo, pertanto, di tali iniziative è quello di raggiungere il popolamento automatizzato di tutte le sottosezioni da parte delle UU.OO. interessate, responsabili della pubblicazione dei dati, anche mediante l'implementazione del progetto "Navigazione facile".

Tra le altre novità introdotte dal D.Lgs. 97/2016, il "*Regolamento in materia di esercizio sanzionatorio ai sensi dell'articolo 47 del Decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, come modificato dal decreto legislativo 25 maggio 2016, n.97*", che ha apportato tra le varie significative modifiche all'articolo 47 del D.Lgs n. 33/2013, cd. "decreto trasparenza", quella che prevede "sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza per casi specifici".

Sulla materia è intervenuto anche il Dipartimento delle Funzione Pubblica - Ministero dell'Interno con apposite circolari: la circolare FOIA n.2/207 e la circolare FOIA n.1/2019.

A seguito dell'adozione del PNA 2022 da parte dell'ANA con delibera n.7 del 17/01/2022, valevole per il triennio 2023-2025, sono stati introdotti nuovi obblighi di pubblicazione inerenti la sottosezione "Bandi di gara e contratti", che sostituiscono i precedenti analoghi obblighi. A tal fine si è provveduto a modificare l'Allegato 2 della presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" secondo le indicazioni ANAC, fornendo specifiche indicazioni alle strutture aziendali interessate per la compliance a tali nuovi obblighi (nota prot. n.168417 del 19/12/2022 e prot. n.9881 del 19/01/2023).

MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITÀ E LA TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI

Trattandosi della implementazione di nuova normativa, abbastanza articolata e complessa, i responsabili delle UU.OO. interessate sono stati ripetutamente supportati sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, anche mediante la predisposizione degli specifici format per la pubblicazione dei dati afferenti ai procedimenti amministrativi, sia d'ufficio che ad istanza di parte, e della relativa modulistica.

È stato implementato il sistema proceduralizzato che individua soggetti e azioni necessari al corretto caricamento dei dati e delle informazioni di competenza, onde assicurarne la completezza, la tempestività e la congruità secondo le disposizioni impartite in tema di trasparenza. Gli snodi fondamentali del sistema sono i seguenti:

Ciascun Dirigente Responsabile delle strutture aziendali, relativamente ai dati di propria pertinenza, come individuati nel prospetto ALLEGATO 2 al presente piano, è tenuto a curare:

- la formazione del dato della cui veridicità, correttezza e completezza assume la responsabilità
- l'aggiornamento, secondo la tempistica di legge, che verrà attestato nel documento contenente i dati medesimi (Art.6 del D.Lgs n. 33/13)
- la pubblicazione, in qualità di fonte, in formato aperto e adeguato, (art 7 del D.Lgs n. 33/13).

Il RPCT verificherà la coerenza tra i contenuti pubblicati e l'oggetto indicato e qualora risultino difformità richiederà la relativa rettifica.

I casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi citati da parte dei soggetti responsabili verranno segnalati all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, al Direttore Generale, all'O.I.V. e danno luogo alla responsabilità di cui al comma 3 dell'art 43 del D.L.gs n. 33/2013. L'aggiornamento dei dati contenuti nella Sezione "Amministrazione Trasparente" avverrà con cadenza indicata nell' ALLEGATO 2 alla sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" (secondo quanto stabilito nella *Delibera ANAC n. 1310/2016 «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016»*) e le ulteriori indicazioni riportate nel PNA 2022.

I dati e le informazioni da pubblicare sul sito istituzionale sono sintetizzati nel prospetto ALLEGATO 2 alla presente sottosezione, che riporta:

- a. il tipo di documento
- b. il riferimento normativo che ne prevede la pubblicazione
- c. i contenuti del singolo obbligo
- d. il responsabile della Struttura competente alla sua predisposizione pubblicazione
- e. la tempistica di pubblicazione indicata nell'All. 1 alla *Delibera ANAC n. 1310/2016*.

Riguardo alla tempistica di pubblicazione dei documenti e/o informazioni, salvo pubblicazione tempestiva degli stessi, le UU.OO., per il tramite dei dipendenti individuati per la pubblicazione dai rispettivi responsabili, vi provvederanno entro 15 giorni dalla produzione del documento/informazione, o salvo le tempistiche stabilite da previsioni di leggi, regolamenti, etc..., o situazioni particolari.

Proprio riguardo al PNA 2022, adottato da parte dell'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, è opportuno far rilevare che sono stati introdotti nuovi obblighi di pubblicazione relativi alla sottosezione "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente", a seguito della quale si è proceduto alla modifica dell'Allegato 2 della presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. per renderlo compliance alle disposizioni contenute in merito nel citato PNA 2022. A tal proposito sono state impartite specifiche indicazioni con le note citate nelle precedenti pagine.

MISURE DI MONITORAGGIO E DI VIGILANZA VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITÀ E LA TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI

La sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. prevede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte dei soggetti interni all'amministrazione, che da parte di soggetti esterni (Organismo Indipendente di Valutazione - O.I.V.), in quanto attività necessaria a verificare la progressiva esecuzione delle attività programmate e la conseguente verifica del raggiungimento degli obiettivi.

Così come previsto dalla vigente normativa in materia, l'attività di monitoraggio periodico anche per gli anni passati, verrà effettuata sia dal RPCT che dall'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), come di seguito specificato:

➤ Monitoraggio interno

Svolto dal RPCT, con la collaborazione del Gruppo Aziendale di supporto e per il tramite dell'apposito Ufficio istituito all'interno del Controllo di Gestione, riguarderà il processo di attuazione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" attraverso la scansione delle attività e l'indicazione degli scostamenti dal piano originario. Il monitoraggio dei tempi procedurali sarà effettuato, come per gli anni precedenti, dall'U.O.S. Comunicazione.

Vengono elaborati, pertanto, appositi reports per la verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per specifiche aree di competenza.

Il monitoraggio, oltre ai casi specifici per i quali la verifica è effettuata immediatamente, avrà cadenza semestrale, come da monitoraggio di 1°, da parte dei responsabili delle UU.OO., e di 2° livello, da parte del RPCT.

➤ Audit dell'O.I.V.

L'audit svolto dall'O.I.V. è funzionale all'attestazione relativa all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione che deve essere pubblicata sul sito istituzionale aziendale (www.asp.messina.it). Inoltre, è previsto il monitoraggio sistematico degli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale di questa A.S.P. (www.asp.messina.it).

MODALITÀ DI COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

Così come esposto nella premessa per la stesura definitiva della presente sottosezione del P.I.A.O., l'A.S.P. di Messina, al fine di promuovere la partecipazione attiva di tutti i portatori d'interesse delle attività e dei servizi offerti, dal giorno 27/12/2022 al 10/01/2023, ha avviato una consultazione pubblica per acquisire eventuali proposte, riflessioni e contributi degli attori del sistema sanitario, per la predisposizione del presente Piano, a seguito della quale sono pervenute osservazioni e proposte da parte di uno stakeholder esterno, in conseguenza anche delle quali si è proceduto ad una nuova mappatura e revisione di alcune schede, come meglio specificato nelle apposite sezioni della presente sottosezione del P.I.A.O.. A seguito di tale consultazione non è pervenuto nessun contributo in merito.

In adesione al principio di usabilità delle informazioni e tenuto conto del processo di verifica e aggiornamento annuale della sottosezione del P.I.A.O., risulta particolarmente importante l'attività di raccolta dei *feedback* dei cittadini e degli *stakeholder* sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate, ovvero in merito ai ritardi e alle inadempienze riscontrate.

Gli *stakeholder* sono coinvolti sulla specifica tematica "Trasparenza e integrità" secondo tre differenti modalità:

- mediante il flusso informativo dei reclami dagli uffici relazioni con il pubblico al RPCT e le segnalazioni raccolte sui temi della trasparenza e integrità formalizzate dagli interessati agli URP con messaggi di posta elettronica, comunicazioni scritte, o telefonicamente. In questo contesto si collocano anche le indagini di customer satisfaction.

- attraverso la sezione "Amministrazione Trasparente" contenente tutti i dati, i link, le informazioni e i contatti. Tramite questa modalità l'Azienda si manifesta in modo del tutto trasparente agli stakeholders, favorendo l'esercizio dell'accesso civico e dell'accesso civico generalizzato.

- mediante l'adesione alla Rete Civica della Salute (RCS) e in occasione di incontri, tavoli di lavoro, conferenze di servizi a livello locale, regionale e nazionale, dove si realizza il raggiungimento di un grado massimo di coinvolgimento dei portatori di interesse.

Sono inoltre favorite iniziative di ascolto, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, e del Comitato Consultivo Aziendale, che consente di raggiungere e coinvolgere le più rappresentative associazioni di volontariato presenti nel territorio.

INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

Nel rispetto del principio di trasparenza e di integrità, cioè del dovere di accountability delle pubbliche amministrazioni, l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina si impegna a garantire l'imparzialità, l'efficienza e la semplicità dell'azione amministrativa, assicurando altresì l'accessibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto della sua organizzazione e delle proprie attività in modo da rendere possibile il controllo dei cittadini sull'esercizio delle attività amministrative.

Per attuare tale principio l'Azienda:

- utilizza efficacemente le tecnologie della informazione e della comunicazione;
- rispetta i criteri di accessibilità, completezza di informazione, chiarezza, affidabilità, semplicità, omogeneità e interoperabilità;
- adotta tutti i provvedimenti per garantire e rendere facile il diritto di accesso da parte dei cittadini ed altri soggetti aventi diritto;
- aggiorna periodicamente le categorie dei documenti sottratti all'accesso, comunicando i criteri della scelta;
- pubblica nel sito web dell'Azienda tutte le informazioni atte a divulgare notizie sulle attività, le modalità di accesso, l'organizzazione e gli obiettivi;
- pubblica i dati relativi ai servizi da essa forniti per consentirne la valutazione, garantendo i principi delle responsabilità e della rendicontazione sociale;
- rende trasparenti i rapporti con terzi fornitori;
- pubblica i tempi d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie;
- pubblica le relazioni di bilancio secondo le tempistiche di legge;
- applica integralmente i principi di trasparenza al proprio ciclo di gestione della performance e persegue la piena integrità nelle relazioni interne e con i terzi applicando i dettami del D.Lgs. n.150/09;
- organizza attività di comunicazione e scambio sulle tematiche di particolare interesse sociale e culturale in tema di trasparenza, in specifiche giornate dedicate.

Le iniziative finalizzate a garantire la legalità e lo sviluppo dell'integrità sono in parte orientate al benessere organizzativo, mediante l'implementazione dei piani di miglioramento, e alla formazione del personale dell'Azienda. In tale prospettiva, il RPCT, in attuazione delle norme vigenti e delle politiche aziendali, supporta le attività legate al monitoraggio e miglioramento del benessere organizzativo, dalla diffusione dei dati dell'indagine alla realizzazione delle iniziative collegabili allo "Sportello della salute" rivolto dal CCA ai cittadini-utenti ed agli operatori, al "Punto di Ascolto S.L.C." (Deliberazione n. 1549/DG del 29/06/2016). Inoltre, i corsi di formazione generali e specifici in materia di prevenzione della corruzione riguarderanno nel 2023, in linea di continuità con l'anno precedente, anche le tematiche legate alla trasparenza, all'integrità e al Codice di comportamento, veicolandone i contenuti.

Nel prospetto che segue, fermi restando i vincoli finanziari e di risorse umane, vengono riportate alcune misure per favorire la promozione dei contenuti e dei dati della sezione "Trasparenza".

MISURE DI DIFFUSIONE	DESTINATARI
Formazione ad hoc, con modalità FAD o d'aula, in materia di trasparenza ed integrità	Dipendenti
Aggiornamenti, anche telematici, sul livello di attuazione del Programma e sulle buone pratiche	Dipendenti, <i>Stakeholder</i> esterni
Questionari tematici al fine di raccogliere commenti e osservazioni dagli <i>stakeholder</i>	Dipendenti, <i>Stakeholder</i> esterni
Pubblicazione di contenuti aventi ad oggetto iniziative in materia di trasparenza ed integrità su intranet aziendale	Dipendenti
Pubblicazione sul sito dell'Azienda di contenuti relativi alle giornate della trasparenza, all'aggiornamento del sito etc..	Dipendenti, <i>Stakeholder</i> esterni

ACCESSO CIVICO

Il decreto legislativo n.33/2013, all'art. 5, I comma, ha introdotto l'istituto denominato *Accesso Civico*, disciplinandone le relative modalità di applicazione, e più precisamente "L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui è stata omessa la loro pubblicazione".

La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al RPCT dell'Amministrazione obbligata alla pubblicazione di cui al comma 1, che si pronuncia sulla stessa.

L'amministrazione, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione

La pubblicazione sul sito istituzionale delle informazioni relative agli aspetti organizzativi e gestionali, a procedure e provvedimenti, agli indicatori concernenti l'utilizzo delle risorse, e ai diritti dei cittadini, nella sezione "Amministrazione Trasparente", costituisce, quindi, elemento centrale della trasparenza.

Pertanto, la pubblicazione on line dei dati e delle informazioni indicate dal D.Lgs. n.33/2013 consente a tutti i cittadini una effettiva conoscenza dell'azione amministrativa con il fine di sollecitare e agevolare le modalità di partecipazione e coinvolgimento della collettività, offrendo agli stakeholder la possibilità di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati.

MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO

Al fine di assicurare l'efficacia dell'istituto dell'Accesso Civico è stata realizzata un'apposita sottosezione ("Accesso Civico") sul sito istituzionale, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente" e della sottosezione "Altri contenuti", come indicato nell'allegato 1 della delibera CIVIT n.50/2013, nonché nell'allegato 1 del D.Lgs. n.97/2016, con l'indicazione dei contatti del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (Dr. Antonio Costa) e del Titolare del potere sostitutivo per l'Accesso Civico (Direttore Amministrativo).

Sono state implementate, nella stessa sottosezione, ulteriori indicazioni circa i contenuti normativi di riferimento e le modalità per esercitare tale istituto, introdotto nel nostro ordinamento dal D.Lgs. n.33/2013, per come di seguito riportato, prevedendo anche moduli per l'inoltro di istanze ad entrambe le figure a tal uopo preposte ed individuate.

Che cos'è :

il decreto legislativo n.33/2013 (c.d. decreto trasparenza) ha introdotto nel nostro ordinamento il diritto di accesso civico, cioè il diritto di chiunque di richiedere l'accesso ai documenti, alle informazioni o ai dati che le Pubbliche Amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del citato decreto legislativo, nei casi in cui abbiamo omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale.

La richiesta è gratuita, non deve essere motivata e va indirizzata al Responsabile della prevenzione della corruzione e Trasparenza (RPCT).

Come si esercita:

l'interessato può inoltrare la propria istanza di accesso civico (Mod.1AC in formato PDF) al RPCT, Dr.ssa Giulia Pulejo, secondo le modalità indicate di seguito.

A seguito di formale richiesta di accesso civico, l'amministrazione, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto.

Ritardo o mancata risposta:

In caso di ritardo o mancata risposta nel termine di 30 giorni (art.5, c.4), il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo per l'accesso civico (come previsto dall'art.2 comma 9 bis della Legge n.241/90), secondo le modalità indicate di seguito (Mod.2AC in formato PDF), il quale, previa verifica della sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, attiva una specifica istruttoria procedimentale.

Il termine per la conclusione di tale procedura è fissato in 15 giorni dal ricevimento dell'istanza.

Modalità di presentazione delle istanze:

La richiesta di accesso civico va inviata all'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina con una delle seguenti modalità:

- Tramite posta ordinaria all'indirizzo :
 - Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza - Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, Via G. La Farina 263/N – 98124 Messina (mod.1AC)
 - Titolare del potere sostitutivo per l'Accesso Civico - Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, Via G. La Farina 263/N – 98124 Messina (Mod.2AC)
- Tramite consegna diretta presso l'Ufficio Protocollo Generale dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, Via G. La Farina 263/N – 98124 Messina (dal lunedì al venerdì dalle ore 8,30 alle ore 12,00 – martedì e giovedì dalle ore 15,00 alle ore 17,00)
- Tramite posta elettronica :
 - protocollogenerale@pec.ausl5.messina.it
 - trasparenza.anticorruzione@pec.asp.messina.it.

Informazioni e/o chiarimenti:

Per eventuali richieste di informazioni e/o chiarimenti in merito, gli interessati potranno comunque fare riferimento ai seguenti recapiti:

Responsabile della Prevenzione della corruzione e Trasparenza

Dr. Antonio Costa

Tel. : 090.3652620

e-mail : prevenzione-corrusione.trasparenza@asp.messina.it

PEC : trasparenza.anticorrusione@pec.asp.messina.it

Titolare del potere sostitutivo per l'Accesso Civico

Direttore Amministrativo

Tel. : 090.3652783

e-mail : direzione.amministrativa@asp.messina.it

ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO"

Il decreto legislativo n.33/2013, così come modificato dal D.Lgs.n.97/2016, all'art. 5 comma 2, ha introdotto un nuovo istituto, denominato nella Delibera ANAC n.1309/2016 "Accesso Civico Generalizzato", disciplinandone le relative modalità di applicazione.

" Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis. 3. L'esercizio del diritto di cui ai commi 1 e 2 non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione."

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La *ratio* della norma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, comma 2 del decreto trasparenza) oltre che come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

L' "accesso generalizzato" si delinea quindi autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3).

MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

Al fine di assicurare l'efficacia dell'istituto dell'"Accesso Civico Generalizzato" è stata realizzata un'apposita sottosezione ("Accesso Civico Generalizzato") sul sito istituzionale, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente" e della sottosezione "Altri contenuti", con l'indicazione dei contatti del Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (Dr. Antonio Costa) e con l'elenco dei detentori dei dati, delle informazioni o dei documenti oggetto delle istanze di accesso ai sensi dell' art.5, comma 3, D.Lgs. n.33/2013.

Sono state pubblicate, inoltre, le modalità con cui è possibile accedere al nuovo istituto, il modello per l'istanza e l'elenco delle Unità Operative detentrici dei dati, delle informazioni o dei documenti oggetto delle istanze di accesso, così come di seguito riportato.

ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

(art. 5 D.Lgs. n. 33/2013)

Che cos'è

Ai sensi dell'art. 5 del D.Lgs n. 33/13, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis.

L'esercizio del diritto non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente.

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Tale diritto è sottoposto alle esclusioni e limitazioni di cui all'art. 5 bis del D.Lgs n. 33/13.

ACCESSO CIVICO GENERALIZZATO

MODALITÀ

Il D.Lgs. n. 97/2016 (art.6, comma 2) ha ampliato l'istituto dell'accesso civico previsto dal D.Lgs. n.33/2013, introducendo il c.d. "accesso civico generalizzato", per cui chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione di cui sopra, nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti. L'esercizio del suddetto diritto non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'accesso civico "generalizzato" può essere esercitato da chiunque, indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato.

Non è necessario fornire alcuna motivazione per presentare l'istanza di accesso civico generalizzato.

Esso è esercitabile relativamente "ai dati e ai documenti detenuti dall' Amministrazione, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione", ossia per i quali non sussista uno specifico obbligo di pubblicazione.

Ai sensi del comma 3 dell'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013 l'istanza può essere trasmessa per via telematica secondo le modalità previste dal D.Lgs. n.82/2005, ed è valida se:

- a) sottoscritta mediante la firma digitale o la firma elettronica qualificata;
- b) l'istante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale (SPID), nonché carta di identità elettronica o la carta nazionale dei servizi;

c) è sottoscritta e presentata unitamente alla copia del documento d'identità;

d) trasmessa dall'istante mediante la propria casella di posta elettronica certificata.

L'istanza, trasmessa per via telematica, È presentata:

a) all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;

b) al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del "decreto trasparenza".

L'istanza può essere presentata anche a mezzo posta o direttamente agli uffici sopra indicati, presso la sede dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina, via G. La Farina 263/N – Messina.

È necessario identificare i dati, le informazioni o i documenti che si desidera richiedere, come specificato nel modulo di richiesta scaricabile nella relativa sottosezione del sito web istituzionale.

Il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali.

Laddove la richiesta di accesso civico non sia sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto, la stessa deve essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

Laddove l'istanza di accesso civico possa incidere su interessi di soggetti controinteressati legati alla protezione dei dati personali, o alla libertà e segretezza della corrispondenza oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali) è necessario che l'ente destinatario dell'istanza di accesso civico ne dia comunicazione agli stessi, mediante invio di copia con raccomandata con avviso di ricevimento (o per via telematica per coloro che abbiano consentito tale forma di comunicazione).

In tal modo, il soggetto controinteressato può presentare (anche per via telematica) una eventuale e motivata opposizione all'istanza di accesso civico entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione della richiesta di accesso civico. Decorso tale termine, l'amministrazione provvede sulla richiesta di accesso civico, accertata la ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

La comunicazione ai soggetti controinteressati non è dovuta nel caso in cui l'istanza di accesso civico riguardi dati e documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria.

RIESAME

La normativa in materia, ai sensi dell'art. 5, c.7 del D.Lgs. n. 33/2013, come meglio riportato nel prospetto sottostante, consente all'istante di richiedere al Responsabile della Prevenzione della Corruzione il riesame nei seguenti casi:

- l'istanza è stata accolta parzialmente;
- non è pervenuta risposta;
- l'istanza è stata rigettata.

RIESAME

(art. 5, c.7 e ss. D.Lgs. n. 33/2013)

7. Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, di cui all'articolo 43, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni. Se l'accesso è stato negato o differito a tutela degli interessi di cui all'articolo 5-bis, comma 2, lettera a), il suddetto responsabile provvede sentito il Garante per la protezione dei dati personali, il quale si pronuncia entro il termine di dieci giorni dalla richiesta. A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del responsabile è sospeso, fino alla ricezione del parere del Garante e comunque per un periodo non superiore ai predetti dieci giorni. Avverso la decisione dell'amministrazione competente o, in caso di richiesta di riesame, avverso quella del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale amministrativo regionale ai sensi dell'articolo 116 del Codice del processo amministrativo di cui al decreto legislativo 2 luglio 2010, n. 104.

11. Restano fermi gli obblighi di pubblicazione previsti dal Capo II, nonché le diverse forme di accesso degli interessati previste dal Capo V della legge 7 agosto 1990, n. 241.».

Per la proposizione della richiesta di riesame è stato predisposto un apposito modulo, scaricabile dal sito aziendale nella relativa sottosezione.

MISURE ORGANIZZATIVE

Al fine di garantire l'adeguato adempimento delle disposizioni previste dalla normativa affidato alle UU.OO dell'Azienda, detentrici dei dati, delle informazioni o dei documenti oggetto delle istanze di accesso, con disposizione prot. n.60586/DG del 22/12/2016, è stato istituito ed integrato con nota disposizione prot. n.5098/PCT del 15/01/2019, presso il RPCT, l'Ufficio di supporto giuridico-amministrativo cui le UU.OO. possono rivolgersi per eventuali chiarimenti/approfondimenti.

Con il predetto provvedimento n.5098 del 15/01/2019, in conformità alla nuova normativa in materia di protezione dei dati personali (decreto legislativo 10 agosto 2018, n.101, che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, l'Ufficio di supporto giuridico-amministrativo alle UU.OO. aziendali è stato integrato con il Responsabile Protezione Dati (RPD - DPO) al fine di garantire l'adeguato adempimento delle disposizioni previste dalla sopra richiamata normativa.

Presso l'Ufficio del RPCT è istituito il c.d. "registro degli accessi", una raccolta organizzata delle richieste di accesso, che contiene l'elenco delle richieste (con l'oggetto, la data, il relativo esito e data di decisione), da pubblicare con aggiornamento almeno semestrale, provvedendo ad oscurare i dati personali eventualmente presenti. Le OO.UU. dell'Azienda, pertanto, dovranno inoltrare all'Ufficio del RPCT, per la dovuta registrazione, tutte le richieste di "accesso civico generalizzato" pervenute, ancorché esitate senza il supporto dell'Ufficio all'uopo costituito, anche al fine di consentire all'ANAC di esercitare il programmato monitoraggio.

Con il fine di dare attuazione al nuovo principio di trasparenza introdotto dal legislatore e di evitare comportamenti disomogenei tra uffici dell'Azienda, verrà adottato apposito regolamento per fornire un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alle varie tipologie di accesso, così come suggerito dall'ANAC nella Delibera n.1309/2016.

Il documento oltre a comprendere le misure organizzative già adottate dall'Azienda, dovrà contenere una articolata disciplina discendente dal complesso delle norme che regolano

l'accesso agli atti della pubblica amministrazione, rinvenibili nelle tre tipologie di accesso attualmente in vigore:

1. una sezione dedicata alla disciplina dell'accesso documentale (L. n.241/1990);
2. una seconda sezione dedicata alla disciplina dell'accesso civico ("semplice") connesso agli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33;
3. una terza sezione dedicata alla disciplina dell'accesso generalizzato.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 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 dipartimento 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 Mil.- 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 Psicogeriatrica 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. n. 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 UUOOSS 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 colleghi tecnici, gestisce le relazioni sindacali, garantisce la rispondenza ai flussi informativi ed al debito informativo regionale di competenza.

- **Affari Generali e Contenzioso:** 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 predisporre 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:** 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 Pediatrica, 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. n. 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. n.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.

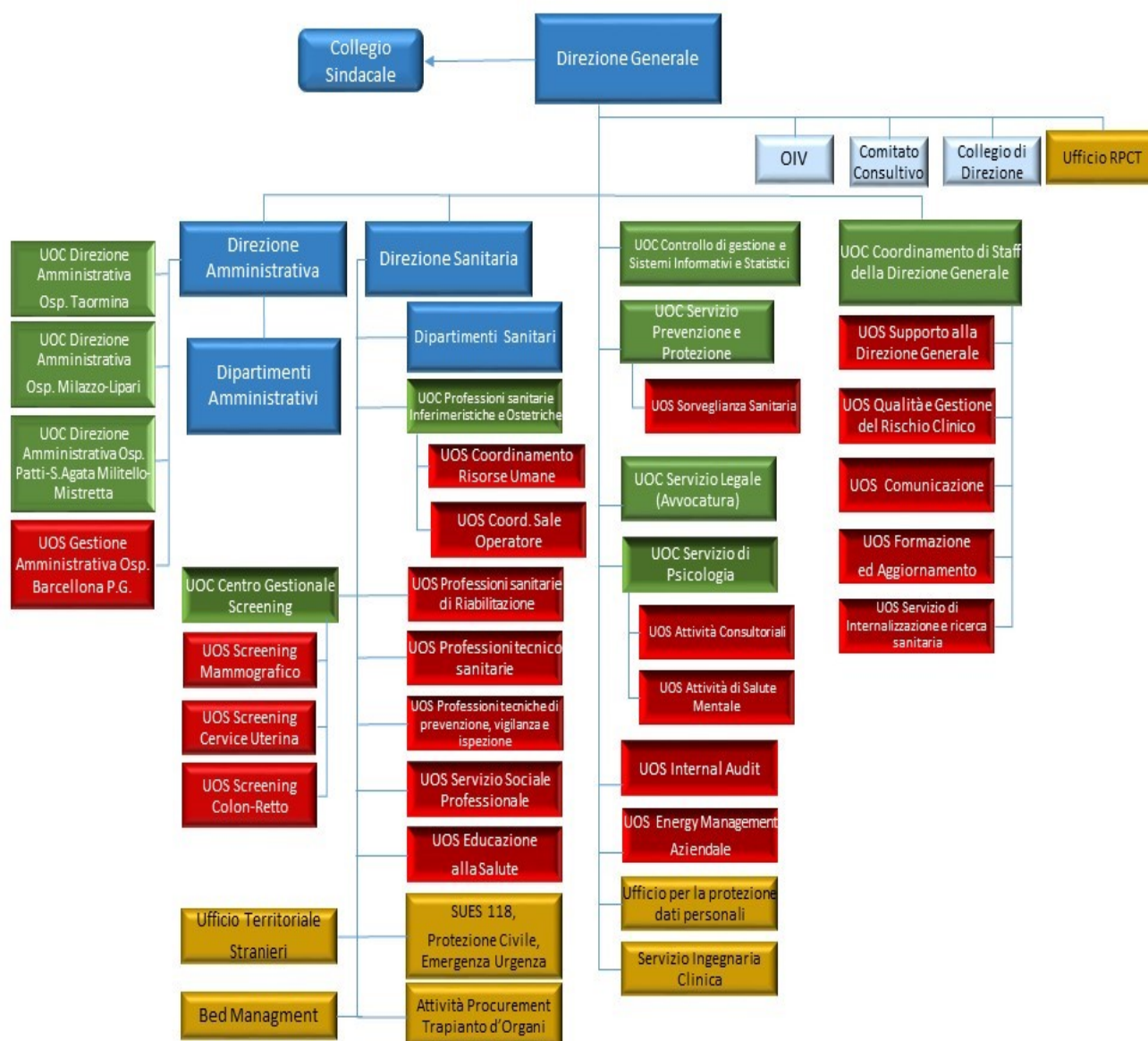
Alla Direzione Generale afferisce anche il **Servizio di Ingegneria Clinica**.

Servizi dipendenti dalla Direzione Sanitaria

- **UOC 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:



Il personale è così distribuito per macrostrutture:

MASCROSTRUTTURA	N. DIPENDENTI
CONSULTORI	66
DIP FARMACEUTICO	33
DIP. AMMINISTRATIVI	244
DIP. RIABILITAZIONE	108
DIP.CURE PRIMARIE - FRAGILI	74
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	184
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	565
DIPARTIMENTO VETERINARIO	75
DIREZIONE GENERALE	65
DIREZIONE SANITARIA	5
DISTRETTO BARCELLONA	49
DISTRETTO LIPARI	17
DISTRETTO MESSINA	146
DISTRETTO MILAZZO	41
DISTRETTO MISTRETTA	20
DISTRETTO PATTI	56
DISTRETTO S.AGATA	42
DISTRETTO TAORMINA	40
P.O. BARCELLONA	272
P.O. LIPARI	131
P.O. MILAZZO	571
P.O. MISTRETTA	112
P.O. PATTI	510
P.O. S.AGATA	289
P.O. TAORMINA	763
PENITENZIARIA	19
RADIOLOGIA TERRITORIALE	23
SCREENING	12
SPEDALITA' PRIVATA	8
Totale complessivo	4540

3.2 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 2022, in numero inferiore rispetto al precedente anno.

Qualifica Personale	Quantità
Assistente Amministrativo	2
Coadiutore Amministrativo	4
Collaboratore Amministrativo	9
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere) CAT. D (PRESSO INPS)	8
Collaboratore Tecnico Programmatore	1
Dirigente Amministrativo	1
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	3
Dirigente Medico	1
Operatore Tecnico IV Liv. (Operatore C.E.D.)	2

Dai dati riportati in tabella si evince che corrisponde a n. 31 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.

Da ultimo si aggiunga che sono in corso di adozione i nuovi regolamenti sia per il lavoro agile che per la Performance aziendale tenendo conto delle novità introdotte dall'ultimo CCNL del Comparto biennio 2019-2021.

3.3 Sottosezione di programmazione - Piano triennale dei fabbisogni di personale

Con deliberazione aziendale n. 2357/C del 11/08/2017 è stata adottata la vigente dotazione organica di questa Azienda Sanitaria, approvata con Decreto Assessoriale n. 1495 del 26/07/2017.

Attualmente è in fase di definizione la nuova dotazione organica alla quale seguirà il relativo Piano triennale del fabbisogno del personale, pertanto successivamente saranno individuate le nuove strategie di copertura del fabbisogno. Nel frattempo vengono regolarmente eseguite tutte le procedure necessarie per l'acquisizione del personale utilizzando gli strumenti previsti dalla normativa quali stabilizzazione, mobilità e concorso pubblico, utilizzando anche la mobilità interna per sopperire alle carenze di organico, laddove esistenti.

Per un migliore rapporto tra la qualità di vita e di lavoro è applicato anche l'istituto del part-time ove ne ricorrano le condizioni.

Per quanto concerne la graduazione degli incarichi professionali della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria ed amministrativa (delibere n. 32/DG del 09/01/2015, n. 450/DG del 25/02/2015 e n. 2321/DG del 02/10/2015) si rimanda alla seguente tabella:

Inc. Base Rap.NON Escl alfa3	2
Dirigente Medico	2
Inc. Base Rap.NON Escl no Az	34
Dirigente Medico	25
Psicologo Dirigente di I Livello	8
Veterinario Dirigente	1
Inc.Alta Spec.Rap. Escl alfa1	5
Dirigente Medico	3
Psicologo Dirigente di I Livello	2
Inc.Alta Spec.Rap. Escl alfa2	16
Dirigente di I livello (ex X liv veterinario coadiutore)	2
Dirigente Medico	14

Inc.Alta Spec.Rap. Escl alfa3	11
Dirigente Medico	11
Inc.Alta Spec.Rap.NON Escl a1	2
Dirigente Medico	2
Inc.Alta Spec.Rap.NON Escl a2	1
Dirigente Medico	1
Inc.Alta Spec.Rap.NON Escl a3	1
Dirigente Medico	1
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl alfa1	7
Dirigente Medico	7
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl alfa2	24
Dirigente Medico	23
Veterinario Dirigente	1
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl alfa3	21
Biologo Dirigente	1
Dirigente Medico	19
Dirigente Odontoiatra	1
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl Beta	1
Dirigente Medico	1
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl no Az	11
Dirigente Medico	11
Inc.Cons.Studio Rap.Escl alfa1	33
Biologo Dirigente	2
Dirigente Medico	27
Fisico I Livello Dirigenziale	1
Psicologo Dirigente di I Livello	2
Veterinario Dirigente	1
Inc.Cons.Studio Rap.Escl alfa2	218
Biologo Dirigente	1
Dirigente I livello Pedagogista	1
Dirigente Medico	191
Dirigente Odontoiatra	1
Farmacista Dirigente	2
Psicologo Dirigente di I Livello	1
Veterinario Dirigente	21
Inc.Cons.Studio Rap.Escl alfa3	298
Biologo Dirigente	12
Dirigente I livello Pedagogista	3
Dirigente Medico	244
Farmacista Dirigente	13
Psicologo Dirigente di I Livello	18
Veterinario Dirigente	8
Inc.Cons.Studio Rap.Escl Beta	2
Dirigente Medico	2
Inc.Cons.Studio Rap.Escl no Az	30
Biologo Dirigente	3

Dirigente Medico	23
Farmacista Dirigente	1
Fisico I Livello Dirigenziale	1
Psicologo Dirigente di I Livello	2
Incarico Professionale Alfa 2	1
Dirigente Sociologo	1
Incarico Professionale Alfa 3	6
Dirigente Ingegnere	1
Dirigente Sociologo	5
Str. Semplice Rap. NON Escl	4
Dirigente Medico	4
Str.Compl.Area CH Rap.Escl	7
Dirigente Medico	7
Str.Compl.Area CH Rap.NON Escl	3
Dirigente Medico	3
Str.Compl.Area ME Rap.Escl	23
Dirigente Medico	23
Str.Compl.Area ME Rap.NON Escl	1
Dirigente Medico	1
Str.Compl.Area TE Rap.Escl	16
Dirigente delle Professioni Sanitarie	1
Dirigente Medico	15
Str.Semplice Dip.Rap. Escl	8
Dirigente Medico	8
Str.Semplice Dip.Rap.NON Escl	3
Dirigente Medico	3
Struttura Complessa Max	9
Dirigente Amministrativo	7
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	1
Ingegnere Civile Coordinatore	1
Struttura Complessa Rap. Escl	6
Dirigente Medico	1
Farmacista Dirigente	2
Psicologo Dirigente di I Livello	1
Veterinario Dirigente	1
Veterinario II Livello Dirigenziale	1
Struttura Semplice	1
Dirigente Amministrativo	1
Struttura Semplice Rap. Escl	66
Dirigente Amministrativo	2
Dirigente amministrativo 15 septies	2
Dirigente I livello Pedagogista	1
Dirigente Ingegnere	1
Dirigente Medico	53
Dirigente Odontoiatra	1
Farmacista Dirigente	2

Psicologo Dirigente di I Livello	2
Veterinario Dirigente	2
Totale complessivo	1074

Per quanto riguarda le posizioni organizzative afferenti al comparto esse sono ormai ridotte solo a due unità di personale ancora in servizio, in attesa della imminente applicazione del nuovo contratto del personale del comparto che prevede una nuova e diversa articolazione degli incarichi.

Il personale al 31.12.2022 è composto da 4.540 unità suddiviso come nella seguente tabella:

Dirigenza Medica e Veterinaria

	COM	INC	TIT	Totale complessivo
Dirigente Medico	2	58	827	887
Dirigente Odontoiatra			3	3
Veterinario Dirigente	1		39	40
Totale complessivo	3	58	869	930

Dirigenza Sanitaria e PTA

	COM	INC	TIT	Totale complessivo
Biologo Dirigente		3	26	29
Chimico Dirigente		1		1
Dirigente Amministrativo		10	12	22
Dirigente amministrativo 15 septies		2		2
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale		2	1	3
Dirigente delle Professioni Sanitarie			3	3
Dirigente Pedagogista			5	5
Dirigente Ingegnere		1	4	5
Dirigente Sociologo			6	6
Farmacista Dirigente	1	2	28	31
Fisico Dirigente		3	2	5
Psicologo Dirigente		14	37	51
Totale complessivo	1	38	124	163

COMPARTO

	COM	INC	TIT	Totale complessivo
Assistente Amministrativo	1		47	48
Assistente Amministrativo (art. 12 CCNL 2000/2001)			43	43
Assistente Tecnico	1			1
Assistente Tecnico (Geometra)		5	2	7
Assistente Tecnico (Programmatore di C.E.D.)			10	10
Assistente Tecnico Programmatore (art. 12 CCNL 2000/2001)			10	10
Ausiliario Specializzato			366	366
Coadiutore Amministrativo	1		147	148

Coadiutore Amministrativo (art. 12 CCNL 2000/2001)			42	42
Coadiutore Amministrativo Senior	1			1
Coadiutore Amministrativo Senior (art. 12 CCNL 2000/2001)			2	2
Collaboratore Amministrativo	1	77	41	119
Collaboratore Amministrativo (art. 12 CCNL 2000/2001)			25	25
Collaboratore Amministrativo Senior (art. 12 CCNL 2000/2001)			9	9
Collaboratore Prof.le Sanitario (Tecnico camera iperbarica)			1	1
Collaboratore Profess. Sanitario Senior (ex Capo Sala)			23	23
Collaboratore Professionale Ass.Sociale		17	39	56
Collaboratore Professionale Avvocato			3	3
Collaboratore Professionale San (Infermiere) Con Funz Coordinamento			12	12
Collaboratore Professionale Sanitario (Dietista ex Coord)			1	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Dietista)		1	4	5
Collaboratore Professionale Sanitario (fisioterapista)			77	77
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere pediatrico)			1	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere) CAT. D	10	100	1480	1590
Collaboratore Professionale Sanitario (Logopedista)			16	16
Collaboratore Professionale Sanitario (Ortottista)			8	8
Collaboratore Professionale Sanitario (Ostetrica ex Coord.)			4	4
Collaboratore Professionale Sanitario (Ostetrica)	9	3	49	61
Collaboratore Professionale Sanitario (Tec.neurofisiopatologia)			2	2
Collaboratore Professionale Sanitario (Tec.riab.psich.e psicos)	1	3	24	28
Collaboratore Professionale Sanitario (Tec. Prevenzione Amb. e luoghi di lavoro))	4		64	68
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecnico Audiometrista)			7	7
Collaboratore Professionale Sanitario (tecnico di fisiopatologia respiratoria)			1	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecnico di Laboratorio Medico)		11	99	110
Collaboratore Professionale Sanitario (Tecnico di Radiologia Medica)	5	8	104	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 Programmatore			1	1
Collaboratore Tecnico Programmatore (art. 12 CCNL 2000/2001)			15	15
Commesso			45	45
Op. Prof.II cat.Infermiere Generico Senior - C			2	2
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			20	20
Op.Tecnico Spec. Senior Autista Ambulanza - C			1	1
Op.Tecnico Spec. Senior Cuoco - C			1	1
Operatore Socio Sanitario	7	72	140	219
Operatore Tecnico			1	1
Operatore Tecnico (art. 12 CCNL 2000/2001)			1	1
Operatore Tecnico Autista (art. 12 CCNL 2000/2001)			6	6
Operatore Tecnico C.E.D. IV Liv. (art. 12 CCNL 2000/2001)			13	13

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)			10	10
Operatore Tecnico IV Liv. (Autista)			15	15
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	3	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
Totale complessivo	41	298	3108	3447

Formazione del personale

L'U.O.S. 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

In questa sezione, come indicato nell'allegato del Decreto n.132/2022, sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio, con riferimento anche alle indagini di soddisfazione degli utenti, nonché delle sezioni precedenti, con i relativi soggetti responsabili, secondo quanto previsto dalla normativa ivi richiamata.

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO

SEZIONE / SOTTOSEZIONE PIAO	MODALITA' MONITORAGGIO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	SCADENZA
Valore pubblico	Monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure contenute nella sottosezione "valore pubblico"	Artt. 6 e 10 D.Lgs. n.150/2009	Annuale

4.2 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.

SEZIONE / SOTTOSEZIONE PIAO	MODALITA' MONITORAGGIO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	SCADENZA
Performance	Relazione annuale sulla performance	Art. 10, co. 1, lett. b) del D.Lgs. n.150/2009	30 giugno

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 dall'OIV 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.C. 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 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.

4.3 MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA

Con riferimento al monitoraggio "Rischi Corruttivi e Trasparenza", per i relativi specifici contenuti si rinvia alla relativa sezione 3, nella quale sono state trattate connesse attività di monitoraggio, inerenti:

- il monitoraggio di 1° livello, effettuato dai responsabili delle strutture aziendali rispetto alle misure previste nelle schede di prevenzione della corruzione e trasparenza afferenti alle strutture stesse;
- il monitoraggio di 2° livello effettuato dal RPCT ed il conseguente eventuale riesame sulla scorta del feedback dei monitoraggi sia di 1° che di 2° livello,
- ulteriori monitoraggi previsti nella relativa sottosezione, cui si rinvia.

SEZIONE / SOTTOSEZIONE PIAO	MODALITA' MONITORAGGIO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	SCADENZA
Rischi corruttivi e trasparenza	Monitoraggio periodico secondo le indicazioni contenute nel PNA	Piano Nazionale Anticorruzione	Periodico (semestrale)
	Relazione annuale del RPCT, sulla base del modello adottato dall'ANAC con comunicato del Presidente	Art. 1, co. 14, L. n.190/2012	15 dicembre o altra data stabilita con comunicato del Presidente dell'ANAC
	Attestazione da parte degli	Art. 14, co. 4, lett g)	di norma primo

	organismi di valutazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza	del D.Lgs. n.150/2009	semestre dell'anno
--	--	-----------------------	--------------------

4.4 MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SEZIONE / SOTTOSEZIONE PIAO	MODALITA' MONITORAGGIO	NORMATIVA DI RIFERIMENTO	SCADENZA
ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	Monitoraggio da parte degli Organismi di valutazione comunque denominati, della coerenza dei contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	Art. 14 del D.Lgs. n.150/2009 Art.5, co. 2, Decreto 30 giugno 2022, n.132 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica	Su base triennale (a partire dal 2024)