



**AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
MESSINA**

**PIANO INTEGRATO
DI
ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE
2024 – 2026**

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. 26
2.3	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	Pag. 65
	<i>Premessa</i>	
	<i>Contesto normativo</i>	
	<i>Definizione di corruzione</i>	
2.3.1	VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO ESTERNO	Pag. 71
2.3.2	VALUTAZIONE DI IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO	Pag. 88
2.3.3	MAPPATURA DEI PROCESSI	Pag. 89
	<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	Pag. 118
	<i>Valutazione del rischio</i>	
	<i>Analisi del rischio</i>	
	<i>Trattamento del rischio</i>	
2.3.5	PROGETTAZIONE DI MISURE ORGANIZZATIVE PER IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO	Pag. 134
	<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>	

	<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. 186
	<i>Monitoraggio e riesame</i>	
	<i>Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema</i>	
2.3.7	PROGRAMMAZIONE DELL'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA	Pag. 194
	<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. 211
3.1	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE	
	STRUTTURA ORGANIZZATIVA	Pag. 211
3.2	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE	
	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	Pag. 230
3.3	SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE	
	PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE	Pag. 237
SEZIONE 4	MONITORAGGIO	Pag. 246
4.1	MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO	Pag. 246
4.2	MONITORAGGIO PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	Pag. 246
4.3	MONITORAGGIO RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA	Pag. 247
4.4	MONITORAGGIO ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	Pag. 247
	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 2024-2026

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 P.I.A.O., 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 2024-2026, 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, 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.

Esso si colloca, altresì, in una fase complessa storica, caratterizzata da importanti cambiamenti generati dalle riforme strettamente connesse alle attività del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), finalizzate a superare il periodo di crisi determinato dall'emergenza sanitaria da Covid-19. L'enorme flusso di denaro messo a disposizione e le deroghe legislative introdotte per rendere più snella e celere la realizzazione di molti interventi, come evidenziato dall'ANAC nel PNA 2022, comportano necessariamente "il rafforzamento dell'integrità pubblica e la programmazione di efficaci presidi di prevenzione della corruzione per evitare che i risultati attesi con l'attuazione del PNRR siano vanificati da eventi corruttivi, con ciò senza incidere sullo sforzo volto alla semplificazione e alla velocizzazione delle procedure amministrative".

Obiettivo precipuo è, pertanto, quello di "creare" e "proteggere" il c.d. "valore pubblico" in tutte le sue declinazioni nel contesto di questa A.S.P..

*Il Commissario Straordinario
Dr. Domenico Sindoni*

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 opportuno far rilevare che il presente P.I.A.O. è stato elaborato dal Gruppo di lavoro P.I.A.O., sulla scorta della pregressa esperienza maturata con l'elaborazione del P.I.A.O. 2023-2025, costituito con disposizioni della Direzione Aziendale con nota prot. n.144681 del 31/10/2022 ed integrazione nota prot. n.160051 del 30/11/2022, con lo scopo di istituire 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. Con nota prot. n.153938 dell'11/10/2023 sono stati, pertanto, individuati e confermati 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., il Dirigente responsabile della U.O.S. Formazione e Aggiornamento, il Dirigente Responsabile della U.O.S. Comunicazione, ciascuno dei quali ha contribuito per la parte di competenza. Sono stati coinvolti per il necessario contributo per gli specifici argomenti ricompresi nel Piano, anche altre figure aziendali, quali l'Energy Manager, il Presidente del Comitato Unico di Garanzia Aziendale (C.U.G.), il Responsabile della U.O.S. Educazione alla Salute.

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 597.337 abitanti (esclusi i 2.843 residenti di Capizzi), rilevata secondo i dati Istat al 01 gennaio 2023.

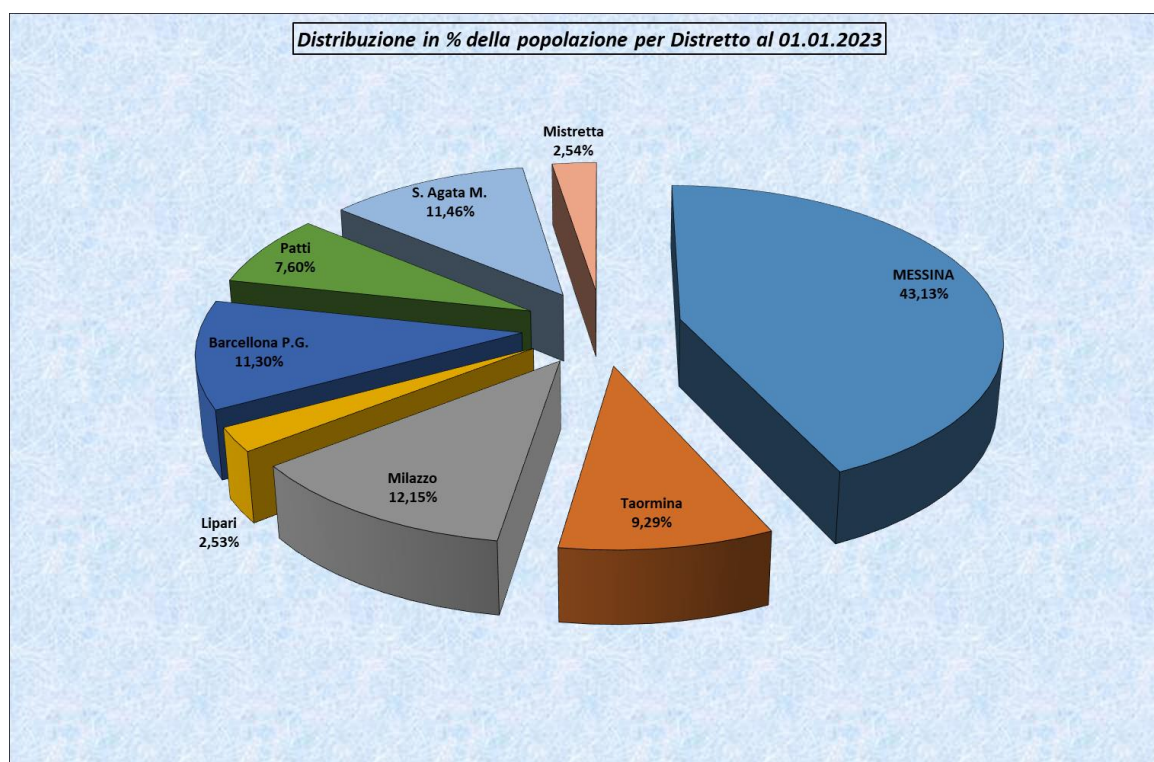
È evidente che in un territorio così vasto le difficoltà che l'Azienda incontra quotidianamente sono innumerevoli quanto diversificate, pur se, come disposto dalla Legge Regionale n. 30/1993 e dal D.P.R.S. del 22/09/2009 e s.m.i., il territorio di competenza è suddiviso in 8 distretti come di seguito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

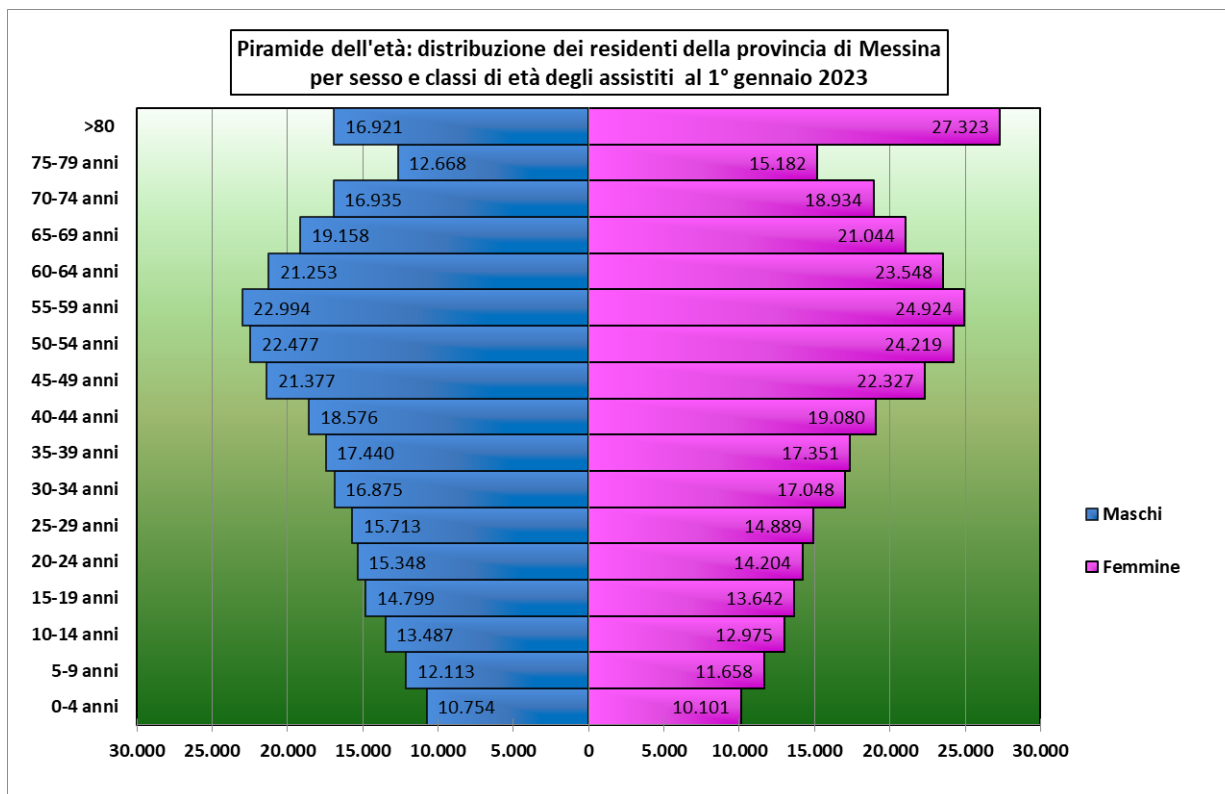
L'insediamento della popolazione è di tipo concentrato, soprattutto nella città capoluogo e nei "medi centri" che corrispondono alle sedi dei Distretti Sanitari. Infatti, nella città di Messina e negli altri 7 centri sedi di Distretto risiedono 341.544 abitanti, pari al 57,18% della popolazione totale.

DISTRETTI SANITARI – Popolazione residente al 01.01.2023				
Distretti	Numero Comuni	Popolazione residente		
		Maschi	Femmine	TOTALE
MESSINA	14	123.758	133.864	257.622
Taormina	24	26.923	28.567	55.490
Milazzo	13	35.286	37.299	72.585
Lipari	4	7.738	7.377	15.115
Barcellona P.G.	13	33.125	34.364	67.489
Patti	14	21.910	23.489	45.399
S. Agata M.	18	32.816	35.661	68.477
Mistretta	7	7.332	7.828	15.160
TOTALE	107	288.888	308.449	597.337

Nel grafico a torta si può osservare la distribuzione della popolazione per singolo Distretto mettendo in evidenza che il 43,13% di essa si concentra nel Distretto di Messina. Ad esclusione di Lipari e Mistretta che insieme raggruppano il 5,07% della popolazione, gli altri cinque distretti oscillano dal 7,60% (Patti) al 12,15% (Milazzo).



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



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

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

Occorre evidenziare che in alcun modo l'attività di pianificazione della Direzione può essere univoca in quanto le aree geografiche dei 107 comuni, non solo sono distanti ma presentano caratteristiche diverse, riconducibili a comunità montane piuttosto che insulari e/o ad alta densità turistica etc., che rendono particolare il territorio dell'Asp di Messina che conta 8 distretti di cui Lipari e Mistretta arrivano a 30.275 abitanti mentre Messina, con i comuni della zona tirrenica e ionica, conta una popolazione pari a 257.622 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

597.337 abitanti (esclusi i 2.843 residenti di Capizzi- dati Istat al 01 gennaio 2023)

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° 6
Ambulatori di FKT n° 9
Centri Salute Mentale n° 6
Ambulatori Periferici n° 21
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 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 31.12.2023) n° 547 (compresi i pp.ll. Psichiatria)
Posti letto DH/DS (HSP 12 al 31.12.2023) n° 73
Ricoveri Ordinari (al 30.11.2023) n° 16.235
Ricoveri DH (al 30.11.2023) n° 1.592
Casi Day Service (al 30.11.2023) n° 5.818
Accessi Pronto Soccorso (al 30.11.2023) n° 90.606

CASE DI CURA CONVENZIONATE

Casi di cura private accreditate n° 8
Posti letto Ordinari (HSP 13 al 31.12.2023) n° 660
Posti letto DH/DS (HSP 13 al 31.12.2023) n° 87
Ricoveri Ordinari (al 30.11.2023) n° 14.647
Ricoveri DH (al 30.11.2023) n° 2.273
Casi Day Service (al 30.11.2023) n° 9.806

RISORSE UMANE

Dipendenti in servizio (al 31.12.2023) n° 4.496
Area Dirigenza n° 1.073
Dirigenti Medici n° 863
Dirigenti Veterinari n° 48
Dirigenti Sanitari non medici n° 129
Dirigenti Ruolo Professionale n° 9
Dirigenti Amministrativi n° 18

Dirigenti Tecnici	n° 6
Area Comparto	n° 3.423
Sanitari	n° 2.432
Amministrativi	n° 475
Tecnico	n° 513
Professionale	n° 3
Area Medici Convenzionati (al 31.12.2023)	
MMG e PLS	n° 470
Medici titolari di Continuità Assistenziale	n° 344
Medici sostituti di Continuità Assistenziale	n° 174
Medici titolari di PTE	n° 96
Medici sostituiti di PTE	n° 4
Medici convenzionati interni (Sumaisti)	n° 191
Medici dei servizi	n° 9

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 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 compatibilmente con l'aumento del livello di soddisfazione sociale, parametro imprescindibile per misurare l'impatto sul livello di "benessere".

L'aggiornamento 2024 della sottosezione di programmazione del PIAO ripropone 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 2024 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, in prosecuzione a quanto programmato e realizzato nell'anno 2023. In merito agli obiettivi individuati per il 2023 e riproposti per il 2024, occorre preliminarmente evidenziare che le azioni previste non attivate sono comunque in procinto di attivazione, sottolineando che si tratta di obiettivi complessi pluriennali, per alcuni dei quali sono stati registrati rallentamenti dovuti a procedure amministrative o tecniche in essere e che sono pertanto ripresi e implementati nel presente Piano. Per ognuno di essi viene di seguito indicato il livello raggiunto (nuova baseline, evidenziata in corsivo).

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 ha pianificato azioni pluriennali, articolandole su più indicatori, tali da incidere sull'esercizio del diritto alla salute anche da parte delle fasce più deboli della popolazione:

1. Il primo indicatore 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. *In atto in tutti i disciplinari di gara (nuove strutture e ristrutturazioni) è presente il requisito dell'abbattimento delle barriere architettoniche. È allo studio la possibilità di inserire alcuni accorgimenti utili ad abbattere le barriere sensoriali, quali ad esempio le pulsantiere per i non vedenti negli ascensori.*

2. Il secondo indicatore 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 2023 e per step successivi, la programmazione aziendale ha fissato 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. *In atto è in via di completamento la mappatura del Presidio Ospedaliero di Taormina, a cura dell'UOC Tecnico e della U.O.C. Prevenzione e Protezione. Tutti gli Ospedali dell'ASP sono stati*

interessati da lavori di ristrutturazione e adeguamento alle norme antisismiche e di sicurezza, e ciò ha impedito la definizione delle mappature. Anche la mappatura delle Case di Comunità dovrà attendere la fine dei lavori, e pertanto tale azione sarà riprogrammata solo nel prossimo PIAO triennale. Altro fattore di criticità è stato rappresentato dal prolungarsi delle procedure di rinnovo del Comitato Consultivo Aziendale, che, decaduto dallo scorso marzo, si è insediato solo il 20 dicembre 2023, per cui le relative azioni programmate e sopra descritte sono interamente traslate nel PIAO 2024. Riguardo alla "customer experience", si è invece svolta la customer satisfaction in tutti gli Ospedali e i maggiori Poliambulatori dell'Azienda, con una specifica batteria di items rivolti ad indagare l'accessibilità alle strutture dalla parte degli Utenti. È attualmente in corso l'analisi dei risultati, che costituirà una prima raccolta di valutazione degli stakeholder, riferimento per le successive azioni valutative programmate con il CCA, comprese le interviste agli stakeholder.

3. Un terzo indicatore 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. L'obiettivo, pluriennale, nel 2023 ha individuato un primo ambito in cui attuare azioni sinergiche nel Piano di Zona, che integra diverse istituzioni e enti di privato sociale presenti nel territorio.

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

A.S.P. Messina - P.I.A.O. 2023-2025 – Aggiornamento 2024						
Sezione 2: VALORE PUBBLICO						
<ul style="list-style-type: none"> - 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. Progressivo adeguamento dei nuovi progetti alla piena accessibilità, visitabilità e adattabilità.	Verificato il rispetto dei requisiti minimi accreditamento (abbattimento barriere architettoniche); Studio delle misure attuabili per abbattimento barriere sensoriali.	31/12/2024: Predisposizione atti con le direttive ulteriori per le progettazioni (inserimento pulsantiere per non vedenti)	1) Documenti aziendali
	Cittadini in condizione di disabilità		2. Mappatura delle Strutture aziendali e analisi delle criticità di accesso	Banca dati UOC Tecnico e Planimetrie predisposte da UOC Prevenzione e Protezione; Mappatura 1 P.O.	31/12/2024: Mappatura degli ospedali e pianificazione di interventi	1) Documenti aziendali 2) Customer experience 3) Interviste Stakeholder

		Pluriennale	3. Cooperazione con altri Enti per interventi a livello comunitario	Specifiche competenze e risorse di settore; Individuazione Piano di Zona.	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, disegualianza 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 mette in campo in una prospettiva pluriennale 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. *In atto è stata operata la revisione delle procedure elencate a margine della successiva tabella, mentre saranno programmati per l'anno in corso i monitoraggi e le attività di valutazione. Sull'home page del sito web www.asp.messina.it è presente la nuova assistente virtuale dell'ASP Messina in grado di aiutare gli utenti nel reperimento di informazioni e guidarli in operazioni pratiche, quali la prenotazione di una prestazione sanitaria, il pagamento di ticket, e tutte le altre prestazioni e servizi reperibili sul sito. Le informazioni sono estratte da fonti certificate individuate dall'ASP Messina e sono esplicitate in risposte semplici e accessibili a tutti.*

Oggi l'I.A. costituisce un canale di accesso rapido, semplice, trasparente a tutte le informazioni presenti, azzerando la necessità della ricerca manuale: basta cliccare sull'icona posta in basso a destra sul portale ed interagire con l'I.A. ponendo correttamente le richieste. Infine, ci si avvarrà, anche per il 2024, del contributo fornito dal Servizio Civile Digitale, presente in Azienda nell'ambito di tre 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 – Aggiornamento 2024

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 ancora non verificati sotto l'aspetto dell'accessibilità delle persone con limitazioni; Procedure verificate: vedi elenco (*); Presenza dell'I.A. sull'home page	31/12/2024: Verifica in continuo dei servizi online e telematici - pianificazione di interventi di revisione e di valutazione dell'impatto	1) Sito Web 2) Customer experience 3) Interviste Stakeholder

(*) Elenco delle procedure già attivate in modalità telematica nell'ambito dei servizi al Cittadino, già verificate sotto l'aspetto dell'accessibilità, corredate da modulistica completa, accessibile ed editabile:

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.
- Esenzione ticket per malattia rara
- 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 storico delle vaccinazioni.
- Rilascio Certificato necroscopico ISTAT (Certificato causa morte).

Medicina Legale

- Istanza gravidanza a rischio.
- Prenotazione Commissione Medica Locale per l'idoneità alla guida.

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).

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)

Come rappresentato lo scorso anno, 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 NPJA, 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, soprattutto per quel che attiene ai Contratti Pubblici.

Servizi telematici

L'art. 3 del Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) incentiva l'uso di nuove tecnologie in tutti i rapporti con le Pubbliche Amministrazioni.

È proprio in quest'ottica che l'ASP di Messina ha individuato i principali procedimenti amministrativi informatizzati avviabili comodamente da casa mediante lo strumento della posta elettronica semplice (e-mail).

Le richieste telematiche prevedono la compilazione del modello di domanda prelevabile direttamente dalla pagina del Distretto Sanitario di competenza e il successivo invio di una mail al servizio di pertinenza.

Ai fini esemplificativi, si riportano a seguire i servizi telematici attivati presso il Distretto Sanitario di Messina.

1. Scelta, revoca o cambio del Medico di Medicina Generale (Medico di famiglia)
2. Scelta, revoca o cambio del Pediatra Libera Scelta (Medico Pediatra)
3. Revoca temporanea del Medico di famiglia per i fuori sede per motivi di lavoro, studio o malattia
4. Iscrizione temporanea negli elenchi dell'ASP di Messina ai non residenti per motivi di lavoro, studio o malattia
5. Richiesta variazione dati anagrafici
6. Mantenimento del Pediatra Libera Scelta fino al raggiungimento del 16° anno d'età
7. Iscrizione o rinnovo al S.S.N. per gli extracomunitari residenti in Italia con regolare permesso di soggiorno
8. Iscrizione o rinnovo al S.S.N. per gli extracomunitari residenti in Italia con regolare permesso di soggiorno per motivi di studio
9. Richiesta duplicato Tessera Sanitaria - Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM)

10. Esenzione ticket sanitario per patologia, invalidità civile, infortunio sul lavoro, cause di servizio
11. Esenzione ticket sanitario da reddito e disoccupazione
12. Esenzione ticket per malattia rara
13. Rimborso ticket per prestazione non effettuata o per importo non dovuto
14. Rilascio esenzione ticket sanitario per patologia, invalidità civile, INAIL, cause di servizio
15. Rimborso spese trasporto dializzati con mezzo proprio
16. Rimborso spese dialisi domiciliare
17. Rimborso trasporto dializzati con ambulanza o autovettura autorizzata
18. Autorizzazione Assistenza Integrativa (Presidi per incontinenti, diagnostici per diabetici, prodotti dietetici, ausili per stomie)
19. Richiesta contributo adattamento auto
20. Autorizzazione assistenza protesica (Protesi e ausili riabilitativi, acustiche, busto ortopedico)
21. Assistenza Integrativa – Rinnovo autorizzazione buoni per alimenti senza glutine
22. Assistenza Integrativa – Autorizzazione fornitura pannoloni
23. Assistenza Integrativa – Ossigenoterapia
24. Rilascio certificato storico delle vaccinazioni (Esclusa la vaccinazione anti-covid19)
25. Rilascio Certificato necroscopico ISTAT (Certificato causa morte)
26. Domanda gravidanza a rischio
27. Idoneità psico-fisica al porto di fucile uso caccia e per porto armi uso difesa personale, detenzione armi
28. Conseguimento o Rinnovo patente nautica
29. Rinnovo patenti di guida
30. Prenotazione Commissione Medica Locale per l' idoneità alla guida
31. Rimborsi spese viaggio e soggiorno per cure ricevute presso centri alta specializzazione in Italia
32. Rimborsi spese viaggio e soggiorno per cure ricevute presso centri alta specializzazione all'estero
33. Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.)
34. Richiesta Assistenza Domiciliare Palliativa (ADI P)
35. Ricovero in Residenza Sanitaria Assistita (ADI-RSA)
36. Assistenza Domiciliare Integrata, rinnovo ciclo fisioterapia (A.D.I. – FKT)
37. Domanda autorizzazione per terapia riabilitativa, Centro ASP o Convenzionato, per soggetti adulti e minori area Metropolitana (domande per coloro che sono residenti fuori il Distretto di Messina)
38. Domanda di autorizzazione per terapia riabilitativa domiciliare per pazienti amputati
39. Domanda per visita domiciliare trattamento fisioterapico per pazienti amputati
40. Istruzione Pratiche Legge 210/92 – Riconoscimento indennizzo per i danneggiati causati da vaccini e trasfusioni
41. Tirocinio pratico valutativo TPV in Psicologia Classe LM-51

I servizi online con Spid e CIE

- Cambio Medico
- Richiesta duplicato della Tessera Sanitaria
- Esenzione Ticket per reddito
- Prenotazione visite specialistiche ed esami

- Prenotazione visite a pagamento (ALPI)
- Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)
- Pagamento per rilascio o rinnovo patenti con PagoPA
- Cassa Edile - Sistema Inserimento Notifiche Preliminari cantieri edili

Prenotazioni CUP

È 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 alla reingegnerizzazione / digitalizzazione di processi / attività aziendali, il Consulente informatico per i Sistemi Informativi Aziendali, ha prodotto dettagliata "Relazione sul sistema informativo aziendale, specifiche e standard per l'interoperabilità delle procedure applicative ed evoluzioni progetti PNRR" al fine di rendicontare sullo stato dell'arte ossia degli standard e delle specifiche tecniche delle principali applicazioni in uso in Azienda, nonché evidenziare le iniziative di prossima attuazione attraverso gli investimenti tecnologici pianificati attraverso l'utilizzo dei fondi PNRR Mission 6.

Tutto quanto di prossima introduzione dovrà rispettare, per garantire la piena compatibilità con la progettazione già in essere del nuovo SIO, al fine di ottemperare a tutte le indicazioni mandatorie di Regione Sicilia, Ministero della Salute, Comunità Europea ossia per essere conseguenti ai temi come ad es. FSE 2.0, nuovo GDPR, Interoperabilità, continuità di cura, Cybersecurity, passaggio in Cloud delle applicazioni definite "critiche" secondo la griglia di valutazione del PSN (Polo Strategico Nazionale).

Di seguito si riporta elencazione delle connesse attività, con gli approfondimenti ritenuti opportuni.

- **COPERTURA APPLICATIVA ED AMBIENTI DI ESECUZIONE** (di cui si riporta a seguire l'elenco degli applicativi in uso in ASP).

Per venire incontro alle esigenze di standardizzazione e di ottimizzazione dei processi di manutenzione e di sicurezza, il SIA ha definito i confini degli ambienti operativi in uso e di cui deve essere garantita l'esecuzione e l'utilizzo di tutti i sistemi software in elenco esposti.

Le applicazioni devono essere basate su tecnologie WEB e devono essere fruibili e pienamente compatibili con tutti i sistemi operativi della famiglia Microsoft Windows (versioni 8, 10, 11) e GNU/Linux, e deve essere garantita piena compatibilità conseguenti browser.

RAGIONE SOCIALE FORNITORE	OGGETTO DEL CONTRATTO
Agile	Pronto soccorso
Dedalus	ADT - Hero
Data Processing	Giuridico/economico personale dip e convenzionato contabilità - magazzino/farmacia - Pagopa/ALPI - Cespiti - Cassa Ticket
Data Processing	Ambulatoriale
GPI (Ex CSIO Infonext)	Aster
IL - Werfen	Modulab - Intralab
Dedalus	Athena - Anatomia patologica
Dedalus	ICARO - Gestione consultori
All Work	Gestione concorsi
Medas	Scryba - Conservazione legale sostitutiva
Xenia	Archflow - Protocollo Informatico
Agile	Cartella clinica
Dedalus	Sale operatorie
La traccia	Gepadial
Maggioli	Alice gare
Althea	RIS/PACS
MondoEDP	IRISWin (pers dipendente + pers convenzionato)
Oslo	R3
Dedalus	Arianna - Screening
Onit	ONVAC
Bluenext	Italmenu
Dedalus	People
Maggioli	Ufficiale Rogante
In House	Gestione documentale delibere
In House	Acquisizione durc
In House	Giudizio di idoneità lavorativa
In House	Flusso ORESA
In House	Risarcimento Danni
All Work	Ausili e protesi
CIDITECH	Point GEDI
Telecom	Respect
In House	Vecchio Protocollo Informatico
Wolters Kluwer	Suite Legale
Dedalus	Legale/contenzioso
Giorgio Bormac srl	Marconi spy
johnson & johnson	Resolution
GPI	Emonet
TESI	DECIA
BIO-RAD	BIORAD
Dedalus	AFT
Dedalus	Contabilità - provveditorato - magazzini (da Data Processing)

- **ESPORTAZIONE DI DOCUMENTI CLINICI**
- **INVIO DEI DOCUMENTI DIGITALI IN CARTELLA CLINICA**
- **ACCESSO ED AUTENTICAZIONE AUTOMATICA**

➤ EVOLUZIONI PROGETTI PNRR- INTEROPERABILITÀ, CDR E CDS

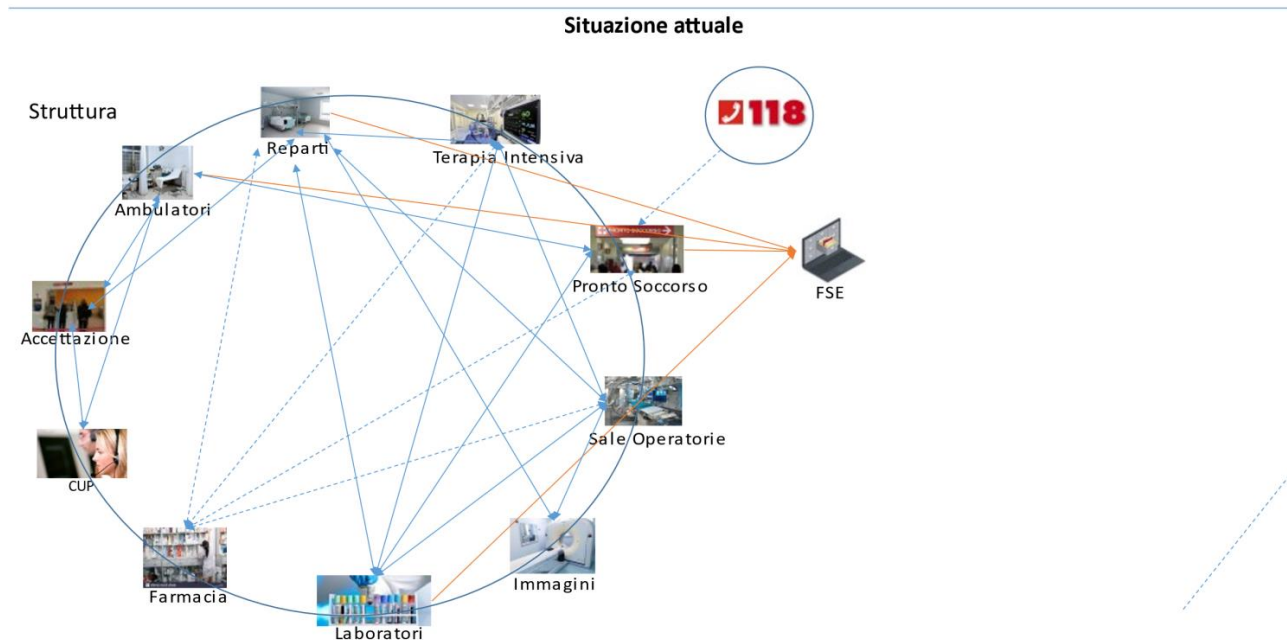
Particolare approfondimento merita tale argomento. Sul punto il Consulente Informativo rappresenta che l'attuale SIO nei punti precedenti a grandi linee raccontato per tutta la gestione del dato Clinico, è stato sempre oggetto di attenzione continua da parte dello scrivente sollecitando i fornitori sulla manutenzione evolutiva, sia tecnica che funzionale.

L'evoluzione tecnologica in rapida e continua crescita, le linee guida Ministeriali e da ultimo il "Dipartimento per la trasformazione Digitale", hanno fatto volgere l'attenzione verso nuovi paradigmi organizzativi e tecnologici che ci troveremo pronti a cogliere e che anzi potranno essere pienamente attuati da questa Azienda sulla scorta delle iniziative già proposte e portate avanti da questo SIA. Primo fra tutti tra i "nuovi concetti" il tema della interoperabilità e del Clinical Data Repository (CDR) ossia di accesso al dato sanitario declinato in maniera totalmente diversa rispetto a quanto fino ad ora è stato e secondo le specifiche CDR_ISO12967. Già da un paio d'anni lo scrivente si è adoperato per studiare, confrontare e verificare le diverse soluzioni tecnologiche che dovranno a stretto giro essere implementate, anche prendendo spunto dalle necessità dettate dalla adozione del nuovo FSE 2.0 (per il quale saremmo già pronti !!), piuttosto che dal tema della medicina territoriale ovvero di tutto quanto previsto e richiesto dal DM77 e che coinvolgerà anche questa Azienda Ospedaliera.

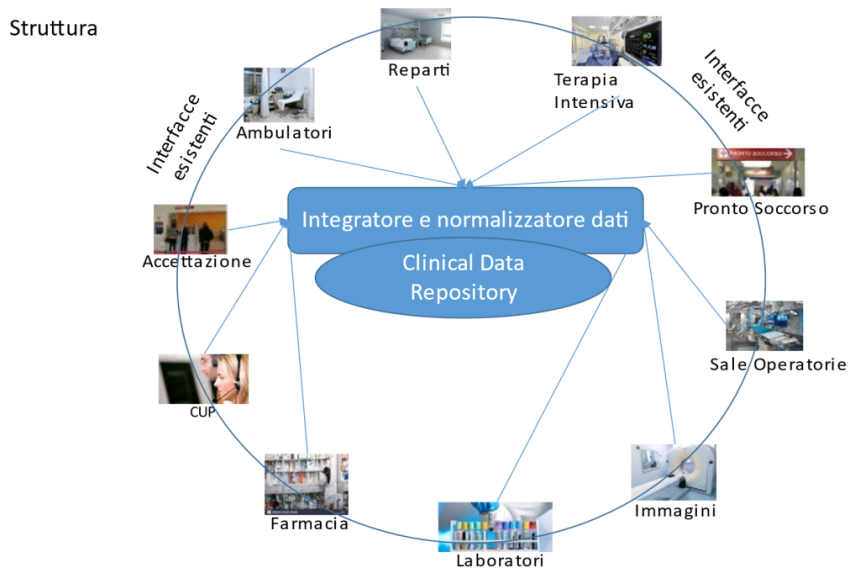
In maniera prima descrittiva e poi tecnica, di seguito si espone quanto, approfittando dei fondi del PNRR Mission 6, questo SIA sta cercando, se seguito e opportunamente supportato dalla parte amministrativa, di portare innanzi.

Oggi la situazione è come schematicamente appresso rappresentata:

Lo scenario evolutivo si può invece schematicamente sintetizzare come segue:

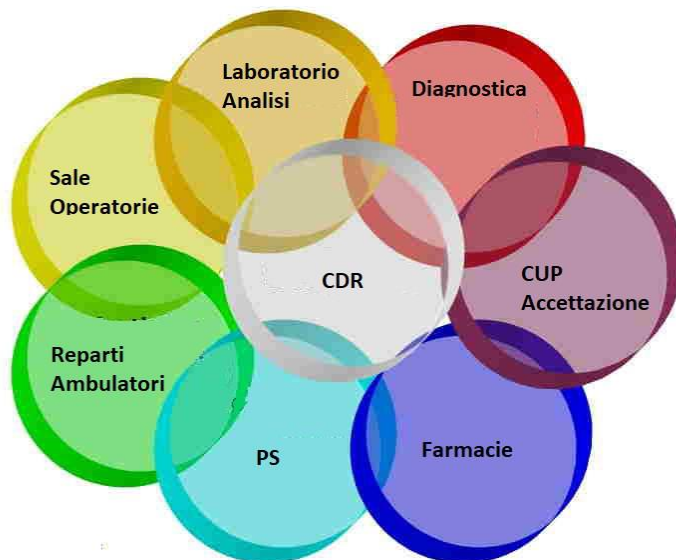


Scenario evolutivo – integrazione del patrimonio informativo



Questa base dati realizza l'integrazione nel sistema informativo di applicazioni diverse, senza bisogno di modificare le applicazioni già esistenti e utilizzando strumenti per organizzare il patrimonio informativo aziendale secondo un modello standard, aperto e stabile nel tempo.

La salute: esito delle "relazioni" tra sistemi



Di seguito si riportano le specifiche azioni che si andrà ad implementare.

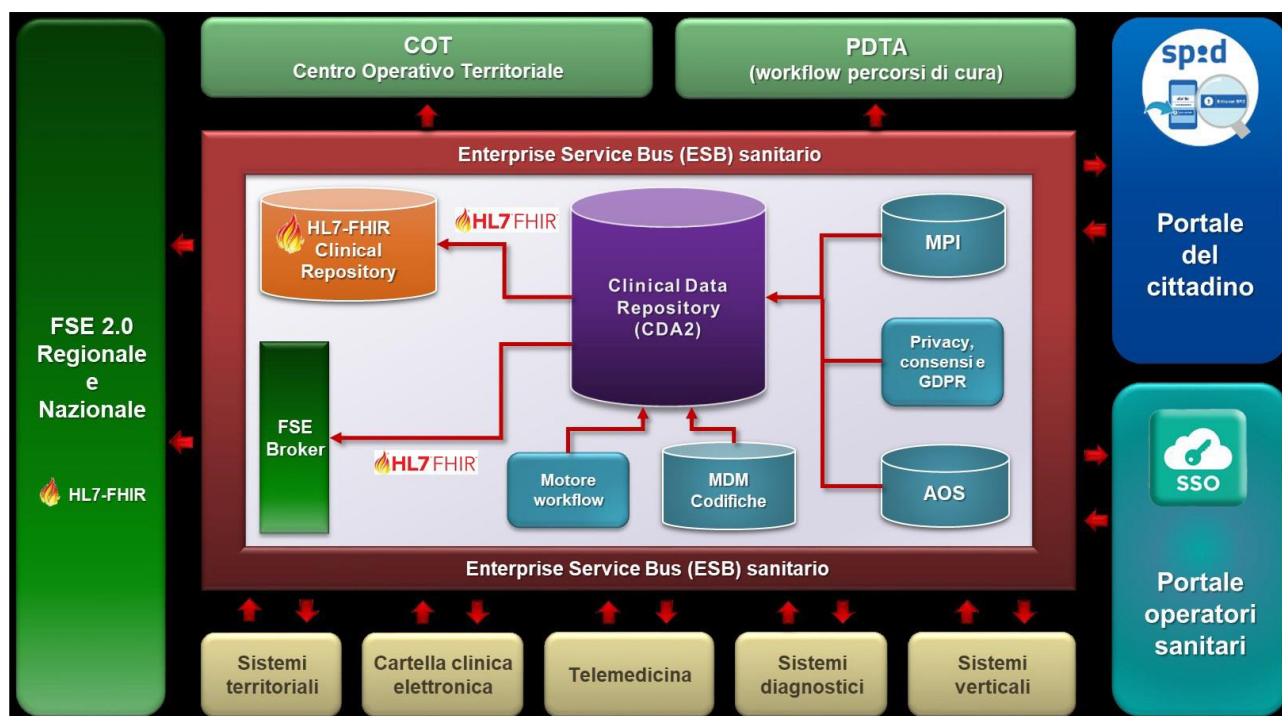
- Il progetto CDR
- Document Registry/Repository
- Integration Manager

- Security/Authentication (STS)
- MPI
- Consent Manager
- Notification/Aler
- Web Portal (CDS)

Contesto di riferimento

Nell'ambito della digitalizzazione e dell'archiviazione dei documenti clinico-sanitari prodotti dalle Aziende Sanitarie, il complesso Registry/Repository documentale rappresenta l'elemento principale per la realizzazione dell'interoperabilità.

SCHEMA FUNZIONALE DEL CDR e PROSSIMA ARCHITETTURA DEL SIO



➤ SERVIZI DI SICUREZZA DA REMOTO, DI COMPLIANCE E CONTROLLO PER LE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI – LOTTO 1

Descrizione delle Attività

- Servizio di Web Application Firewall
- Servizio di gestione continua delle Vulnerabilità
- Servizio di Threat Intelligence & Vulnerability Data Feed
- Servizio di Protezione navigazione internet e posta elettronica
- Servizio di Formazione e Security Awareness
- Servizio di Security Operation Center
- Servizio di Protezione Endpoint

➤ EVOLUZIONI PROGETTI PNRR- PDTA

I PDTA garantiscono cure a misura rispetto alle esigenze date dalle motivazioni di ingresso del paziente. Il sistema di gestione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali si fonda su tre fondamentali macro processi:

1. Configurazione: fase di digitalizzazione di determinati percorsi standard
2. Utilizzo: messa in atto dei percorsi configurati
3. Monitoring + AI: una fase finale di monitoring circa l'utilizzo dei percorsi configurati accompagnato da un motore di intelligenza artificiale che guida l'utente nella lettura dei risultati clinici e organizzativi dei percorsi in uso.

Le fasi di configurazione e monitoring sono pensate per un'utenza manageriale, mentre la fase di utilizzo per l'utenza più operativa.

Le applicazioni previste sono su diversi ambiti: prescrizione terapeutica, trattamenti in prericovero, trattamenti in ricovero, trattamenti in pronto soccorso, ecc...

La configurazione del sistema permetterà di personalizzare su differenti livelli i Percorsi. I livelli di personalizzazione potranno essere a livello di:

- Presidio
- Specialità
- Dipartimento
- Unità Operativa

➤ **EVOLUZIONI PROGETTI PNRR- APP CONTINUITÀ DI CURA PAZIENTI CRONICI + APP VISITE SPECIALISTICHE DA REMOTO**

- **SALE OPERATORIE**

Nell'ambito di una maggior spinta al processo di integrazione ed interazione tra le componenti del sistema di gestione dei dati clinici relativi al percorso del paziente e per minimizzare i punti di criticità a volte dovuti alla necessaria "collaborazione" tra differenti software (nella fattispecie facciamo riferimento alla collaborazione tra i softwares di gestione delle sale operatorie e cartella clinica), abbiamo deciso di utilizzare parte dei Servizi in acquisizione con l'Accordo Quadro SM3, per evolvere la piattaforma di Cartella Clinica in uso utilizzando e migliorando il modulo di gestione delle sale operatorie, che tra l'altro ha il vantaggio di essere integrato a tutto il resto di detta suite di gestione dei dati clinici, superando così le possibili criticità ed i problemi di gestione di cui sopra ed avendo tra l'altro un unico interlocutore con i vantaggi operativi che ciò comporta.

Di seguito le caratteristiche principali del sistema già in essere ma che è da evolvere e modernizzare.

- Prenotazione Sale
- Moduli
- Dashboard
- Cartella Anestesiologica
- Gestione Equipe
- Registro Operatorio
- Liste Operatorie
- Timer

- Caricamento Immagini
- Gestione Magazzino
- Gestione permessi e Sicurezza
- Statistiche
- Endoscopia

➤ **EVOLUZIONI PROGETTI PNRR- PORTALE AZIENDALE**

Il portale aziendale è andato via via acquisendo nel tempo anche per la nostra Azienda Ospedaliera, una importanza decisiva per tutto quanto attiene alle comunicazioni interne. L'aderenza al GDPR e tutta la nuova normativa assai stringente in termini anche di tecnologia da adottare, formati da utilizzare per una migliore "esperienza utente" ed altre considerazioni più avanti riportate, hanno indotto lo scrivente a progettare un percorso evolutivo che di seguito si espone, su una materia diventata oramai assai complessa non soltanto per le tematiche tecniche, ma per quelle amministrative e di gestione.

Il progetto per il nuovo portale prevede che ASP Messina potrà decidere, in ragione degli investimenti, di rinnovare tutta la piattaforma o aggiornare e richiedere uno o più dei seguenti moduli:

- Sito web
- Amministrazione trasparente (pubblicazione automatica delle informazioni secondo i formati richiesti dal quadro normativo vigente).
- Catalogo dei servizi
- Area personale del cittadino
- Servizi digitali (anche integrati con back-office esistenti)
- Segnalazioni di disservizi, valorizzando gli investimenti già fatti, grazie all'interoperabilità.

Il software individuato è un open source scaricabile è disponibile su Developers Italia o attivabile in modalità SaaS (Software as a Service) su cloud qualificato AgID. Quanto precede secondo le normative e linee guida europee, nazionali.

Il nuovo sito web/portale, nella salvaguardia dei precedenti investimenti e del patrimonio informativo attuale, attraverso un look nuovo e totalmente aderente alle norme prima indicate avrà come missione principale quella di garantire un orientamento al cittadino sui servizi offerti da Asp Messina.

Programmazione Economica e Finanziaria

La programmazione economica per il 2024 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 2024 non è stato ancora predisposto il Bilancio di Previsione 2024, in assenza delle istruzioni regionali per la predisposizione dello stesso. Tale circostanza è correlata principalmente alla mancata negoziazione di risorse finanziarie per l'anno 2023, 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 del terzo trimestre 2023 proiettato e utilizzato in sede di negoziazione delle risorse finanziarie del 13 novembre 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 Proiezione lienare 2023 negoziato in data 13.11.2023</i>
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	1.135.962.604
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	1.258.237.827
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	-81.364
DZ9999	Totale rettifiche di valore di attività finanziarie (D)	-
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	-12.473.936,57
YZ9999	Totale imposte e tasse (Y)	20.451.358
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	-155.770.438

Il risultato negativo del Modello CE proiettato 2023 appena illustrato risente principalmente:

- dalla mancata valorizzazione in preconsuntivo del contributo al fondo di sostegno, e dei contributi per payback che al 31.12.2022 consistevano in € 29.414.873 per payback ed € 85.429.529 per sostegno
- dall'incremento degli investimenti 2023 per lavori propedeutici al PNRR;
- dall'incremento dei costi per farmaci per fibrosi cistica e altre patologie, prima forniti dai centri di riferimento regionale;
- dall'aumento dei costi per pulizia, mensa, noleggi sanitari e manutenzioni in parte per lavori propedeutici al PNRR ma non oggetto di apposito finanziamento;
- da accantonamenti per rischi e oneri quali la costituzione del Fondo di ponderazione degli MMG, l'accantonamento delle somme per i libretti pediatrici etc.

La programmazione economica sarà oggetto di revisione a seguito di predisposizione del Bilancio di Previsione 2024, del Bilancio di Esercizio 2023, 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 2024.

Nelle more che si definisca meglio il quadro economico di riferimento, si procederà all'assegnazione provvisoria del Budget economico 2024, in misura pari al Budget rideterminato 2023, 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 2024 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 di numerose partite contabili già all'interno del bilancio 2022 e nel corso del 2023, riallineando il valore delle note di credito da ricevere al fondo rischi accantonato.

Nel 2023 si assiste ad un mantenimento del miglioramento dell'Indice di tempestività dei pagamenti, che passa dal 24,53 del 2022 al 3,42 del 2023, con un totale di pagamenti per € 385.679.393,73 di cui € 61.364.643,51 per anni pregressi; il miglioramento è da ricondurre ad una tempestiva registrazione delle fatture ed ad una migliore organizzazione dell'attività di liquidazione sul territorio e non.

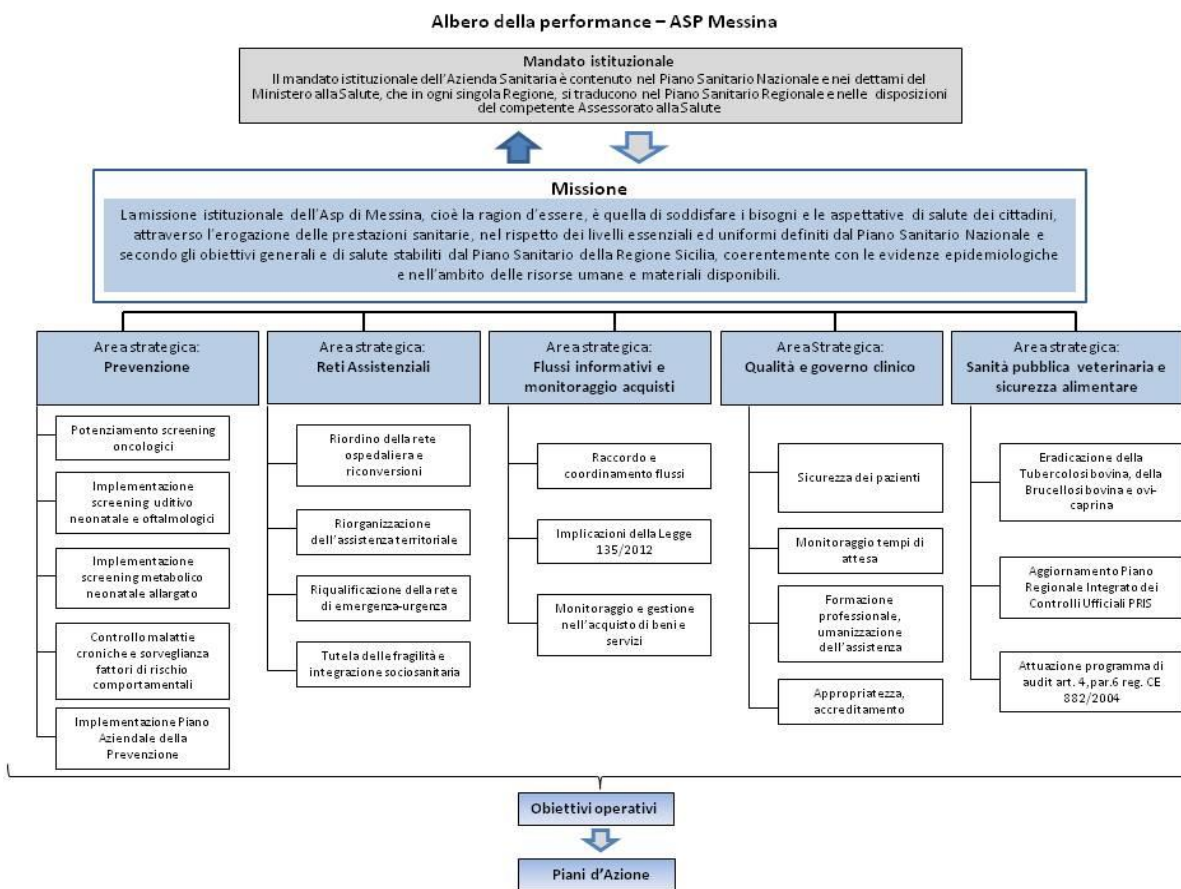
2.2 SOTTOSEZIONE DI PROGRAMMAZIONE - PERFORMANCE

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

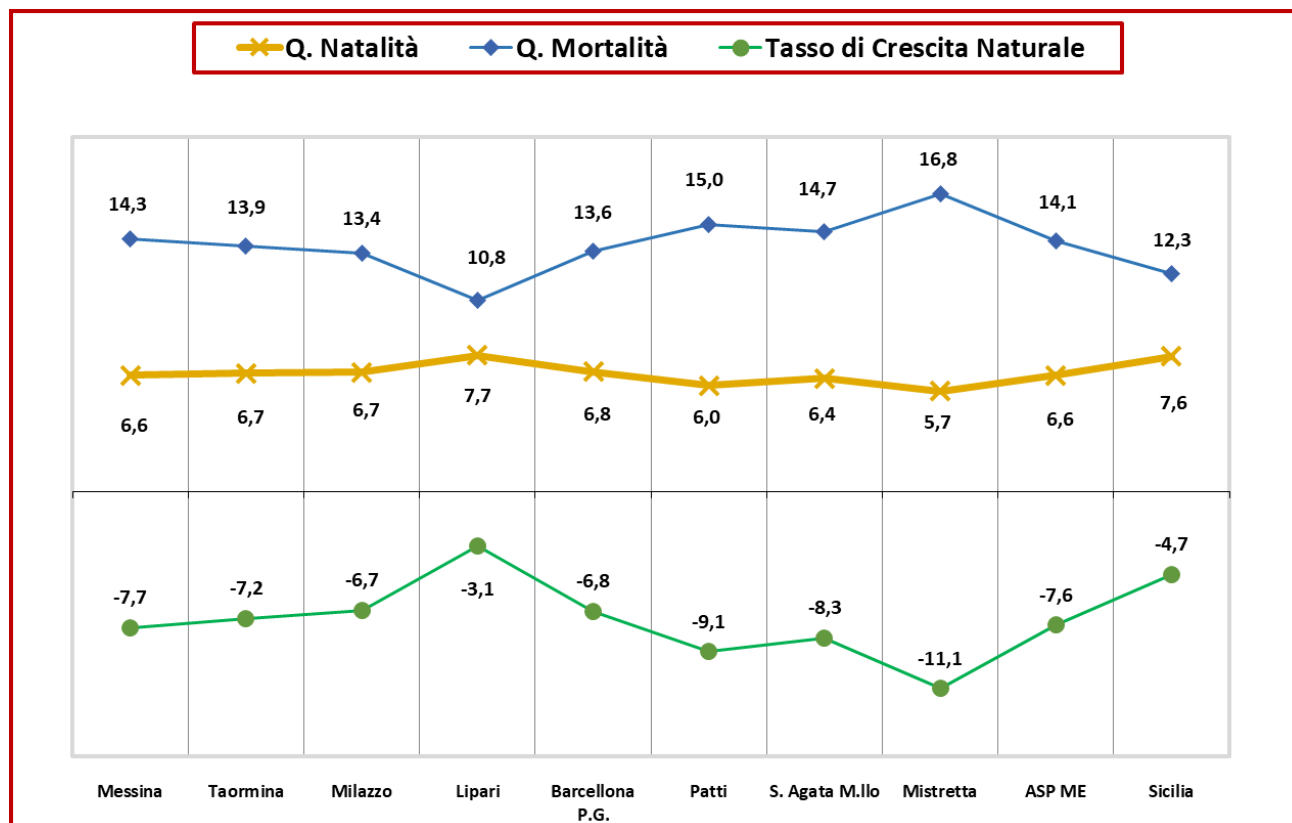
La serie di immagini che si ottiene fotografando, in senso dinamico, il contesto esterno e di seguito quello interno permette di tracciare la strada da percorrere nella definizione delle azioni strategiche che conducono all'obiettivo finale, pertanto, la strategia dell'ASP di Messina non può prescindere 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 1/1/2023 mediamente nell'intera Provincia per ogni 14,1 persone che muoiono ogni 1.000 abitanti, ne nascono 6,6. 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).

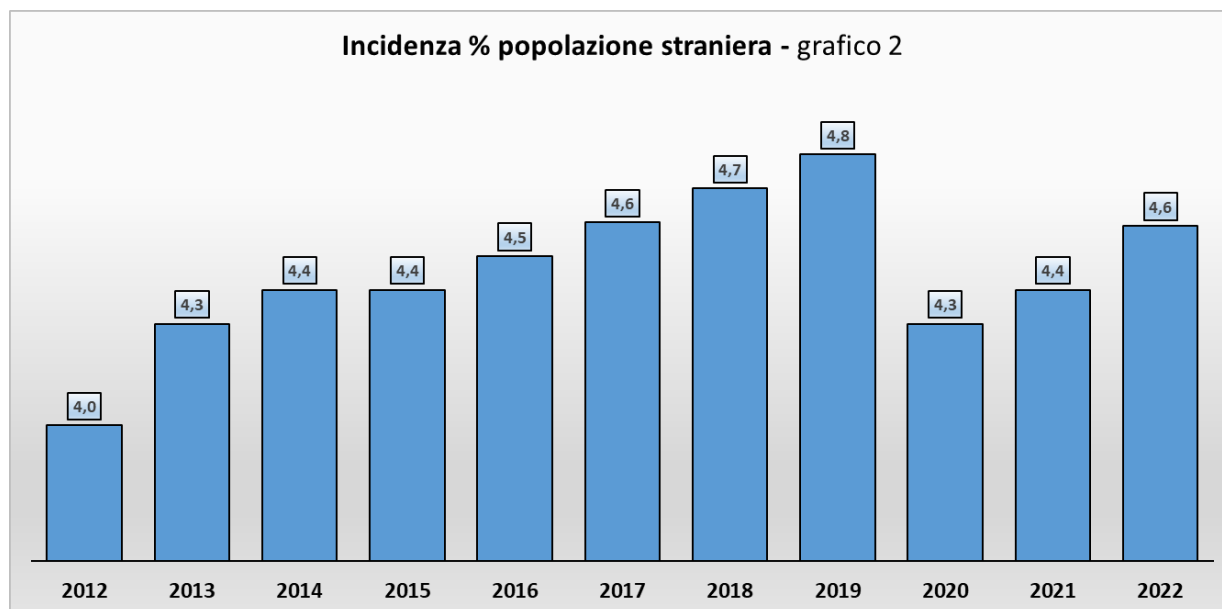
QUOZIENTI DI NATALITÀ E DI MORTALITÀ A CONFRONTO – grafico n° 1



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 2012 al 2022.

Nel 2022 si registra un lieve incremento dell'incidenza della popolazione straniera rispetto al 2021.



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'1/01/2023 risiedono 187,99 abitanti per Km², distribuiti in modo disomogeneo nei diversi

contesti territoriali. Da una concentrazione di 606,64 abitanti nel distretto della città capoluogo, si passa ad una bassa densità di 54,74 abitanti per Km² nell'ambito del distretto di Mistretta.

DISTRETTI SANITARI - densità abitativa al 01.01.2023		
Distretti	Superficie/ Km²	Densità abitativa Abitanti/ Km²
Messina	424,67	606,64
Milazzo	245,42	295,76
Barcellona P.G.	419,04	161,06
Patti	348,14	130,40
Lipari	114,71	131,77
S. Agata M.llo	722,95	94,72
Taormina	625,57	88,70
Mistretta	276,94	54,74
Totale	3.177,44	187,99

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.

Analisi del contesto interno

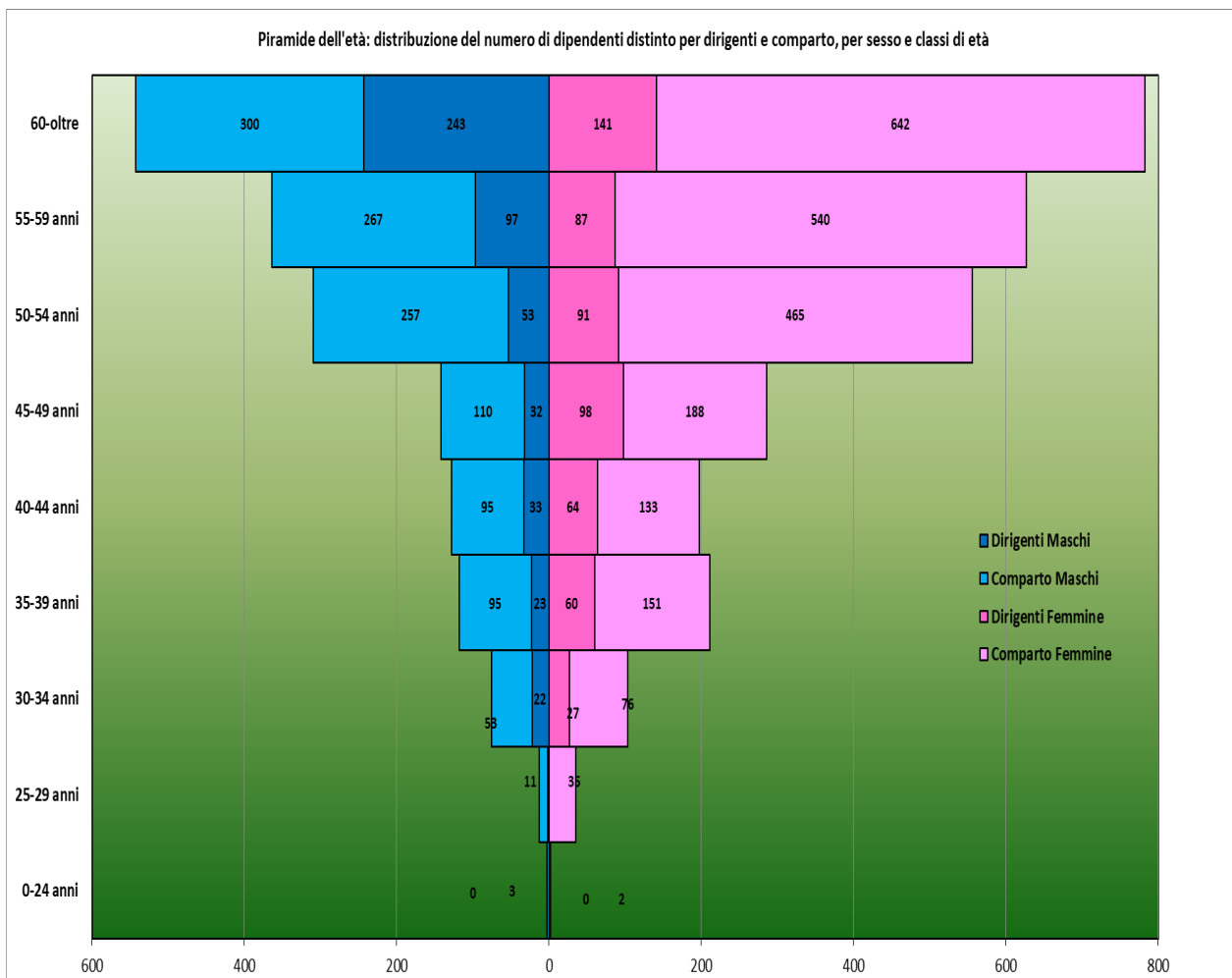
Questa ASP ritiene di dover focalizzare l'analisi del contesto interno sulle risorse umane disponibili perché ritenuta più utile, nello spirito del Piano, sia per il cittadino-utente che in tal modo ha la percezione immediata del personale che incontrerà quando accede ai servizi sanitari, sia per la 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 2023 un decremento del personale dipendente pari all' 0,87% rispetto all'anno precedente.

	2021			2022			2023		
	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale	Femmine	Maschi	Totale
Dirigenza	573	575	1.148	564	528	1.092	568	505	1.073
<i>Amministrativa</i>	13	6	19	19	6	25	12	6	18
<i>Medica</i>	442	497	939	427	463	890	430	433	863
<i>Sanitaria non medica</i>	104	28	132	103	22	125	108	21	129
<i>Tecnica</i>	5	1	6	5	1	6	5	1	6
<i>Professionale</i>	3	5	8	4	4	8	5	4	9
<i>Veterinaria</i>	6	38	44	6	32	38	8	40	48
Comparto	2.213	1.191	3.404	2.264	1.179	3.443	2.232	1.191	3.423
<i>Amministrativo</i>	283	136	419	341	140	481	333	142	475
<i>Sanitario</i>	1.389	764	2.153	1.387	760	2.147	1.592	840	2.432
<i>Tecnico</i>	539	290	829	534	278	812	305	208	513
<i>Professionale</i>	2	1	3	2	1	3	2	1	3
Totale (Dirigenza+Comparto)	2.786	1.766	4.552	2.828	1.707	4.535	2.800	1.696	4.496

Per quanto concerne la distribuzione per sesso (vedi grafico a piramide) si evidenzia una prevalenza di donne (62,28%) rispetto agli uomini (37,72%). Nel dettaglio si osserva un maggior numero di donne nell'area del comparto (65,21%) mentre nell'area della dirigenza il divario tra donne (52,94%) e uomini si riduce (47,06%).

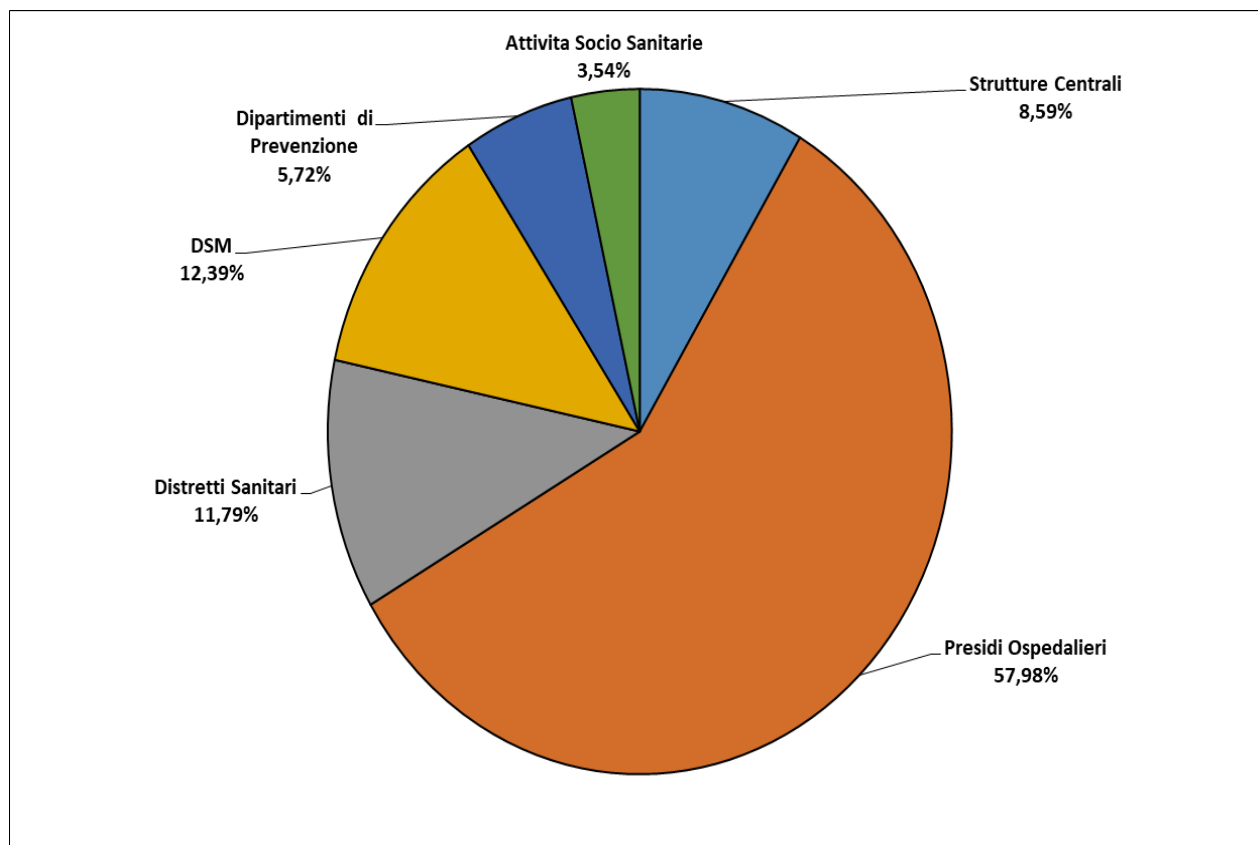
Considerando l'età si nota una incidenza maggiore del personale nelle classi di età più avanzate: l'80,32% del totale dei dipendenti è ultra quarantacinquenne con un'età media di 53,08 anni. La classe di età che ha un peso maggiore è quella con età superiore ai 60 anni seguita da quella con età compresa tra i 55-59 anni che insieme costituiscono il 51,54% del totale dei dipendenti.



Nel grafico a torta è riportata l'assegnazione del personale in servizio al 31 dicembre 2023 nelle diverse aree aziendali.

Oltre la metà del personale dipendente (57,98%) è assegnato ai Presidi Ospedalieri; il 11,79% è assegnato ai Distretti Sanitari; il 12,39% è assegnato al DSM (dove afferiscono le Dipendenze Patologiche e la Neuropsichiatria Infantile); il 5,72% è assegnato alla Prevenzione Medica e Veterinaria; il 3,54% al Dipartimento Attività Socio Sanitarie e il rimanente 8,59% svolge il proprio servizio nell'ambito delle Strutture Centrali di supporto.

Distribuzione per area di assegnazione del personale dipendente



Performance

La "Performance" costituisce il fondamento del processo di misurazione e valutazione della performance, in quanto oltre alla programmazione degli obiettivi statuisce il monitoraggio della loro attuazione e conseguentemente verifica i risultati raggiunti al fine di attuare un processo di miglioramento continuo

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 2023 che costituiranno la **baseline** della programmazione per il 2024.

Obiettivi strategici e obiettivi operativi Risultati anno 2023

Obiettivi Generali

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

Equilibrio economico di bilancio

Si premette che in data 13/11/2023 l'Azienda è stata convocata per l'incontro di monitoraggio dell'andamento di gestione delle risorse finanziarie per l'anno 2023 con l'Assessorato regionale della Salute. Tuttavia, in occasione del suddetto incontro, sono state fornite alcune informazioni all'Azienda sull'assegnazione delle risorse finanziarie 2023 nonché sono state date indicazioni per rettificare il Modello CE 3° trimestre 2023 in proiezione lineare annua al fine di addivenire ad un risultato migliorativo rispetto a quello precedente. Si precisa che nel modello CE 3° trimestre 2023 sono state inserite le somme relative ai lavori propedeutici al PNRR ma a carico sul bilancio, già ampiamente descritti nelle varie relazioni di accompagnamento ai modelli CE, per i quali tuttavia non vi è ancora nessun specifico finanziamento regionale.

Il Modello CE preconsuntivo 2023 verrà trasmesso all'Assessorato della Salute entro il 31/01/2024.

Non essendo, quindi, ancora intervenuta la negoziazione di risorse finanziarie per l'anno 2023, 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 III trimestre 2023 non è risultata sufficiente a coprire tutti i costi aziendali.

Il 2023 è stato, peraltro, un anno caratterizzato dall'evento straordinario dei lavori PNRR, di cui una parte consistente non coperta da finanziamento specifico, trattandosi di lavori propedeutici quelli del PNRR ma non oggetto di progettazione PNRR. La spesa di tali lavori per €. 1.543.128,49 ha inciso pesantemente sull'andamento economico con costi sostenuti e per i quali non vi è ancora nessuna copertura finanziaria aggiuntiva.

Il risultato del Modello CE 3° trimestre 2023 in proiezione lineare annua rileva un risultato negativo di circa 155.770.438 milioni di euro.

Tale incremento di costo rispetto all'anno 2022 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 2023 a € 25.672,317):

- *+5,9 milioni di rettifica dei contributi per investimenti 2023;*
- *7 milioni di incremento di spese per beni sanitari e dispositivi;*
- *3 milioni di euro di incremento per specialistica da privato (inserito tetto);*
- *2,5 incremento per Fondazione Giglio e Adi;*
- *1,7 milioni di incremento per pulizia;*
- *1,5 milioni di incremento per noleggi area sanitaria;*
- *1 milione di incremento per manutenzioni;*
- *9,7 milioni di decremento per collaborazioni Covid;*
- *6 milioni di decremento per energia elettrica;*
- *3 milioni di decremento per smaltimento rifiuti covid;*
- *25,7 milioni di Payback non rilevato;*
- *1,8 milioni di costo del personale in incremento;*
- *9,5 milioni di accantonamento a Fondo rischi INPS;*
- *10,7 Milioni di incremento di gestione straordinaria*

In conclusione in assenza dell'assegnazione delle risorse per l'anno 2023 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 2023 questa Azienda ha inizialmente proceduto ad aggiornare il proprio Piano Operativo Ospedale/Territorio per il Recupero delle liste di attesa, in ottemperanza alla Circolare del Ministero della Salute n° 0527197 del 30/05/2023 e della nota dell'Assessorato alla Salute n° 32706 del 09/06/2023 - in applicazione del D.L. 29 dicembre 2022 n° 198, e dell'art. 29 Decreto legge n 104/2020 ai sensi dell'art 276 della legge di bilancio della previsione di Stato per l'anno 2022.

Successivamente con deliberazione n. 317 del 27 luglio 2023, la Giunta del Governo della Regione Siciliana, ha adottato - nel rispetto delle determinazioni di cui alla Circolare del Ministero della Salute prot. n. 18678 del 30 maggio 2023 - l'aggiornamento del Piano Operativo Regionale di recupero delle liste di attesa.

Questa Azienda pertanto, in ottemperanza alle direttive Assessoriali pervenute con note prot. n°19045 del 06.06.2023, prot. n° 44702 dell'11.08.2023 e prot. 55909 del 25/10/2023, con le quali sono state assegnate le risorse finanziarie per l'attuazione delle attività di recupero delle liste di attesa delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero prenotate negli anni 2021-2022 e delle prenotazioni correnti, ha inteso aggredire il problema in modo efficace, utilizzando flessibilmente gli strumenti previsti dalla normativa di riferimento art. 29 D.L 104/2020 e dai contratti collettivi di lavoro del comparto e attraverso la committenza del privato accreditato.

Nello specifico si è proceduto a:

- a) Implementare gli interventi del PRGLA 2019-2021 volti a rimodulare la domanda e/o l'offerta per recuperare le Liste di attesa;
- b) Aumentare l'orario di servizio del personale dipendente;
- c) Aprire le strutture ambulatoriali territoriali anche in ore serali e durante il fine settimana;
- d) Incrementare l'utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini in funzione delle risorse disponibili;
- e) Incrementare le sedute operatorie intervenendo sui processi intraospedalieri e sui processi di deospedalizzazione;
- f) Acquistare prestazioni aggiuntive di specialistica ambulatoriale da soggetti privati accreditati;
- g) Incrementare il monte ore dell'assistenza specialistica ambulatoriale convenzionata interna, ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, con ore aggiuntive da assegnare nel rispetto dell'ACN vigente, nel limite di quanto attribuito a questa ASP;
- h) Riprogrammare prioritariamente il recupero delle liste di attesa delle prestazioni afferenti alle patologie oncologiche, alla cronicità;
- i) Riprogrammare il recupero delle prestazioni inserite nel PRGLA 2019-2021;
- l) Effettuazione dell'attività chirurgica in abbattimento liste di attesa nelle ore pomeridiane e nei giorni di sabato e domenica, comunque in ore in cui le sale operatorie non sono impegnate in attività programmata e in urgenze/emergenze.

Dando seguito, inoltre, alle direttive pervenute con nota prot. n° 44702 dell'11.08.2023, questa Azienda ha proceduto alla realizzazione di quanto di seguito riportato:

- Costituzione della Rete Aziendale ARP (deliberazione n.3314/CS del 10.08.2023)

- Convocazione in data 22.08.2023 dei componenti della Rete ARP coordinata dal Direttore Sanitario aziendale
- Convocazione in data 23.08.2023 da parte della Direzione Sanitaria aziendale dei Direttori Sanitari delle aziende dell'Area Metropolitana della provincia di Messina (A.O Papardo, AOU G.Martino, IRCCS Bonino Pulejo-Piemonte) propedeutica alla costituzione dell'Osservatorio Recupero Prestazioni Di Area Metropolitana (IRPAM)
- Convocazione in data 25.08.2023 dei rappresentanti legali delle strutture private convenzionate esterne propedeutica alla costituzione dell'Osservatorio Recupero Prestazioni Di Area Metropolitana (IRPAM)
- Trasmissione ai Direttori dei Distretti Sanitari, ai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e a tutte le strutture aziendali coinvolte, di procedure e indicazioni atte a consentire il recupero delle liste di attesa riferite prioritariamente agli anni 2021 e 2022 e successivamente al 2023 per acquisire la disponibilità di adesione degli specialisti ambulatoriali pubblici e convenzionati esterni nel rispetto delle discipline oggetto del recupero e predisporre specifiche agende distinte per struttura, branca e tipologia di prestazione da inviare a questa azienda entro il 31.08.2023
- Costituzione dell'Osservatorio Recupero Prestazioni Di Area Metropolitana (IRPAM) coordinato dal Direttore Sanitario Aziendale composto dai coordinatori delle reti ARP, dai referenti aziendali delle liste di attesa e da rappresentanti dell'Ospedalità Privata/Convenzionata Esterna delibera n° 3428 del 30/08/2023.

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 2023:

Nell'anno 2023 con nota prot. n 120 CSNI del 27/04/2023 è stata richiesta l'implementazione delle figure professionali per il Servizio di Diagnosi e Trattamento Intensivo Precoce in funzione del contenimento delle liste d'attesa. Sempre con nota del DSM prot. n 188818 del 7/12/2023 è stata richiesta, alla Direzione dell'UOC Gestione del Personale l'indizione dei bandi per il reclutamento del personale specifico per l'implementazione del Servizio di Diagnosi e Trattamento Intensivo Precoce:

N. 1 Medico di Neuropsichiatria Infantile a 38h

N.3 Psicologi a 38h

N.3 Logopedisti

N.2 Operatori abilitati a trattamenti psicoeducativi profilo psicologico

N.4 Neuro psicomotricisti

N.3 Educatori Professional

L'ASP di Messina ha coordinato il Tavolo Tecnico Provinciale per l'Autismo le cui sessioni sono state tenute presso il Comune della Città Metropolitana di Messina con avvio di sessioni sotto tematiche e confronto con le Associazioni, le Politiche Sociali, Le istituzioni Extraaziendali presenti sul Territorio (Poloclinico Universitario, IRCSS, CNR), l'Ufficio scolastico Regionale per la Sicilia - Ufficio VIII - Ambito Territoriale di Messina, e gli Entidel 3° Settore.

Sono stati eseguiti i lavori di ristrutturazione del Padiglione "Asilo" previsto per l'attivazione del nuovo Centro Diurno per l'Autismo dell'ASP di Messina presso POLO BLU - Bioparco delle Fragilità.

Con le note Prot. n 69 CSNI del 7/03/2023, prot. n 170 CSNI del 7/06/2023, Prot. n. 0171649 del 9/11/2023, nota prot. DSM N 188818 DEL7/12/2023 è stata chiesta l'indizione dei bandi per il reclutamento del personale previsto dai Requisiti Organizzativi del DA Programma

Regionale Unitario per l'Autismo per l'attivazione del Centro Diurno per l'Autismo dell'ASP di Messina presso il POLO BLU Bioparco della Fragilità.

Contenimento della spesa riferita al personale

La spesa del personale al 31/12/2023 risulta contenuta nel tetto di spesa assegnato dall'Assessorato come di seguito precisato:

Tetto di spesa Azienda= € 236.000.000,00

Costo spesa del personale al netto dei rinnovi contrattuali, del personale appartenente alle categorie protette e della medicina penitenziaria = € 184.592.077,79

Prestazioni aggiuntive anno 2023

Prestazioni aggiuntive autorizzate al personale medico per carenza di organico ai sensi dell'art. 115, comma 2 CCNL 19/12/2019 = € 2.477.540,29

Ulteriore stima di integrazione dei Fondi in atto costituiti in via provvisoria

Incremento Fondo Dirigenza Sanitaria = € 943.55,22

Incremento Fondo Comparto = € 467.587,89

Decreto Calabria = € 1.256.470,69

Totale complessivo = € 189.737.228,88

La spesa, di cui sopra, rientrante nel tetto di spesa dell'Azienda, potrebbe subire degli scostamenti per effetto della determinazione definitiva dei fondi.

Programma triennale di riduzione della spesa del personale a tempo determinato

Il tetto di spesa del personale a tempo determinato per questa Azienda risulta fissato in euro 17.244.663,00 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 2023 che ammonta a euro 9.013.470,28 rientra nel suddetto tetto di spesa, registrandosi una consistente riduzione della spesa a tempo determinato rispetto alla spesa sostenuta nel 2022 che risultava pari a € 20.070.601,30.

L'attivazione e definizione di numerose procedure di reclutamento previste dalla vigente normativa: procedure concorsuali e di mobilità, stabilizzazioni hanno consentito, nel predetto anno, l'assunzione di personale a tempo indeterminato con conseguente riduzione degli incarichi a tempo determinato e della spesa sostenuta.

Appare opportuno evidenziare che nell'ulteriore triennio la suddetta spesa potrebbe ancora diminuire qualora le procedure in corso consentissero la copertura dei posti vacanti della dotazione organica. Come è noto la carenza di professionisti sul mercato del lavoro, nonostante le numerose azioni di reclutamento intraprese, non ha reso possibile soddisfare il fabbisogno di personale dell'Azienda, soprattutto dell'Area della Dirigenza Medica. 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 alcuni casi non accettano l'assunzione.

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 dal D.Lgs n. 26/2023;
- Le procedure di valore superiore alla soglia di cui all'art35 del D.Lgs. n 50/2016 e ss.mm.ii.,n nonché all'art. 14 del D.Lgs 36/2023, sono state bandite ai sensi dell'art. n. 60 del sopra citato Decreto, sulla piattaforma telematica in uso a questa UOC. Attraverso le Convenzioni, gli Accordi quadro stipulati da Consip 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, salvo fattispecie di urgenza e/o esclusività nel rispetto della vigente normativa di settore

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 relaziona quanto segue.

a) Lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso del P.O. di S. Agata Militello per l'importo di € 750.000,00: Il progetto è stato redatto dal RTP Promedia srl. Successivamente, i lavori sono stati aggiudicati con Deliberazione n° 1674/DG del 13/05/2021 all'impresa Chiofalo Group srl con sede in San Filippo del Mela (ME).
Il contratto d'appalto è stato stipulato in data 16/07/2021, i lavori sono stati consegnati all'impresa e sono in fase di ultimazione.

b) Lavori di ristrutturazione del Pronto Soccorso del P.O. di Milazzo, per l'importo di €2.000.000,00:

Il progetto è stato redatto dal RTP 3TI Progetti Italia Ingegneria Integrata spa – Architetica Engineering srl per un importo complessivo di €2.000.000,00, di cui € 1.600.000,00 a carico del bilancio regionale ed € 400.000,00 a carico del bilancio aziendale.

Rispetto ai tempi stabiliti dal disciplinare d'incarico, il RTP ha presentato il progetto esecutivo con notevole ritardo, a causa dell'emergenza sanitaria.

In sede di approvazione tecnica in data 16.12.2021 il RUP ha approvato, con provvedimento n. 985, il progetto apportando modifiche alle somme a disposizione, incrementando l'importo complessivo dell'opera che così ammonta a € 2.100.000,00: l'importo in aumento – pari ad €100.000,00 – troverà copertura nel bilancio aziendale.

Con delibera n. 1559/CS del 01.04.2022 è stata indetta procedura di gara e con successiva delibera n. 3620/CS del 02.09.2022 è stato emesso provvedimento di aggiudicazione.

Con ricorso promosso innanzi al TAR sez. staccata di Catania (RG 1680/2022) l'operatore economico secondo classificato impugnava la delibera di aggiudicazione n. 3620/CS del 02.09.2022 con la quale erano stati approvati gli atti di gara, per vederne riconosciuto l'annullamento nonché la conseguente condanna al risarcimento dei danni.

Successivamente, con sentenza n. 1093/2023, pubblicata il 31/03/2023, il TAR sez. staccata di Catania, definitivamente pronunciando sul ricorso proposto, lo ha rigettato, compensando le spese processuali tra le parti.

Allo stato avverso la sentenza n. 1093/2023 risulta pendente appello proposto davanti C.G.A. della Regione Siciliana

Assistenza farmaceutica

In riferimento all'obiettivo si riporta nella tabella il consuntivo degli scostamenti 2023 sui tetti di spesa assegnati con DA 1477/2021 del 30.12.2021 su 9 categorie di Farmaci per l'anno 2023. Il monitoraggio per il periodo gennaio-ottobre 2023 registra una spesa di € 45.961.311,

con uno sfioramento pari a € 1.013.105 rispetto al budget assegnato per l'intero anno 2023 nonostante siano state messe in atto tutte le strategie utili per contenere la spesa: riunioni con i MMG.invio trimestrale dei reports attestanti i consumi a tutti i distretti, note ai MMG per iperprescrizioni.

Le categorie che hanno influito notevolmente sull'andamento della spesa sono la C10 (sostanze modificatrici dei lipidi), C09 (sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina), J01 (antibatterici per uso sistemico).

Classe ATC	Valore Obiettivo 2023	Spesa attesa gennaio-ottobre 2023	Spesa erogata gennaio-ottobre 2023	Differenza
A02 - Farmaci per disturbi correlati all'acidità	€ 8.512.552	€ 7.093.793	€ 7.143.550	€ 49.757
A10 - Farmaci usati nel diabete	€ 4.977.516	€ 4.147.930	€ 4.070.661	- € 77.269
C09 - Sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	€ 12.097.974	€ 10.081.645	€ 11.839.524	€ 1.757.879
C10 - Sostanze modificatrici dei lipidi	€ 8.268.010	€ 6.890.008	€ 10.912.328	€ 4.022.320
G04 - Urologici	€ 2.809.593	€ 2.341.328	€ 2.478.223	€ 136.895
J01 - Antibatterici per uso sistemico	€ 5.072.904	€ 4.227.420	€ 5.809.267	€ 1.581.847
J02 - Antimicotici per uso sistemico	€ 620.403	€ 517.003	€ 688.050	€ 171.047
M01 - Farmaci antinfiammatori ed antireumatici	€ 1.482.920	€ 1.235.767	€ 1.752.822	€ 517.055
M05 - Farmaci per il trattamento delle malattie delle ossa	€ 1.106.334	€ 921.945	€ 1.266.886	€ 344.941
TOTALE	€ 44.948.206	€ 37.456.839	€ 45.961.311	€ 8.504.472

Rispetto della direttiva Flussi Informativi

Per quanto riguarda l'obiettivo Osservanza degli obblighi dei Flussi Informativi si fa presente che risultano rispettati i tempi di trasmissione dei flussi ministeriali sia annuali che trimestrali. I flussi assessoriali sono stati trasmessi secondo la tempistica ad eccezione del Flusso SIAD che a causa della variazione del tracciato si è determinato un ritardo nell'invio garantendo comunque il vecchio tracciato. Ad oggi il nuovo tracciato risulta regolarmente inviato.

Osservanza degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione

Questa A.S.P., ha proceduto all'adozione, al termine del procedimento comprendente anche la consultazione pubblica, del P.I.A.O. 2023-2025, con deliberazioni n.400/CS del 31/01/2023, n.603/CS del 14/02/2023 (di rettifica) e n.1706/CS del 21/04/2023 (di riscontro alle osservazioni dell'O.I.V.), nel quale è ricompresa la sottosezione "Rischi corruttivi e

trasparenza.

La sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. 2023-2025, predisposti in conformità ai vari PNA dell'ANAC, da ultimo il PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, 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, sia 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 2023 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.

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

Sono state anche avviate le attività per porre in essere le indicazioni di cui al PNA 2023, adottato dall'ANAC con delibera n.605 del 19/12/2023, che avrà validità per il triennio 2024-2026, inerenti ulteriori misure specifiche nelle procedure di gara a seguito del sistema derogatorio introdotto dal D.L. 76/2020 (Semplificazione) e dal D.L. 77/2021 (PNRR), nonché alla entrata in vigore del nuovo Codice dei Contratti (D.Lgs. n.36/2023) e la vigenza di normativa preesistente in tale fase di transizione, con specifici monitoraggi a campione.

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 continuità con l'anno precedente anche nel 2023 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 2023 è stato effettuato da parte dell'OIV, come previsto dalla Delibera ANAC n.203 del 17/05/2023, recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30.06.2023 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 ha fatto rilevare una complessiva valutazione positiva.

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 2023, Bilancio Consuntivo 2022).

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° 1784/CS del 28.04.2023 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 2023.

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 2023.

Gli **Obiettivi di Salute e di Funzionamento dei Servizi**, oggetto del sistema d'incentivazione, per l'anno 2023 sono di seguito riportati con i relativi risultati raggiunti:

Obiettivo 1: Screening

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	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	1) 50% 2)SI 3) SI	1) 25% 2)Aggiornamento in corso 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	1) 60% 2) SI	1) 37% 2) Aggiornamento in corso
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	1) 50% 2) SI	1) 10% 2) NO
Coinvolgimento e collaborazione MMG	N. MMG con pulizia liste / N. MMG totali	100%	(23/406) 5,66%
Aggiornamento banca dati anagrafici	Aggiornamento banca dati anagrafici	SI	SI

Gli obiettivi di adesione dello **screening del cervicocarcinoma** non sono stati raggiunti per le notevoli criticità legate alla carenza di personale nei consultori familiari, alcuni dei quali non hanno espletato attività. Si segnala altresì che nel corso del 2023 è stato necessario sospendere temporaneamente lo screening per il trasferimento dell'UO di Screening in altra sede. La riduzione della percentuale di adesione rispetto al 2022 è da imputare oltre ai motivi su esposti anche alla mancata attivazione per l'anno 2023 del progetto di recupero delle liste d'attesa mediante prestazioni aggiuntive. È stato necessario rinviare l'aggiornamento del PDTA per poter includere il protocollo operativo per le donne vaccinate con HPV dal DASOE, pervenutoci solo nel mese di dicembre.

Gli obiettivi di adesione dello **screening mammografico** non sono stati raggiunti a causa della cronica carenza di personale tecnico (TSRM) e specialistico (radiologi vettori) da dedicare allo screening. Si segnalano inoltre, soprattutto nei distretti di Milazzo, Patti e S. Agata, ripetuti fermi tecnici per malfunzionamento dei mammografi. La carenza di personale più critica si è registrata presso il PO di Milazzo, dove si è dovuto interrompere per periodi prolungati l'attività di screening. Si evidenzia comunque che non si potrà mai raggiungere l'adesione per la ridotta capacità di offerta di esami mammografici, che risulta insufficiente per soddisfare il fabbisogno necessario e garantire l'estensione degli inviti a tutta la popolazione eleggibile.

La riduzione della percentuale di adesione rispetto al 2022 è da imputare oltre ai motivi su esposti anche alla mancata attivazione per l'anno 2023 del progetto di recupero delle liste d'attesa mediante prestazioni aggiuntive che nel corso del 2022 aveva consentito di recuperare n. 4.000 mammografie.

L'aggiornamento del PDTA è in corso, poiché si è in attesa della parte relativa al III livello chirurgico della Breast Unit.

L'adesione allo **screening del colon retto** ha avuto un minimo incremento, irrisorio rispetto alle attese che sarebbero state garantite da una collaborazione da parte delle farmacie, così come previsto dall'accordo con Federfarma, al quale, malgrado abbiano aderito quasi tutte, ha partecipato attivamente meno della metà delle farmacie e con scarsi numeri di Kit quantificati. Non è stato possibile aggiornare il PDTA dello screening del colon per la mancanza della nomina del responsabile, interlocutore indispensabile per tale attività.

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 2023.

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 63,10 % CC.CC 83,15 % Totale 75,11%
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 32,83%
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 91,23%
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 76,62 % CC.CC 95,91 % Totale 92,15 %

Obiettivo 3: Liste di Attesa – Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 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=49,73% D=71,07% U=42,98% P=89,60% Settimana indice aprile: B=43,56% D=65,33% U=21,43% P=91,75% Settimana indice luglio: B=49,33% D=55,13%

			U=30,08% P=86,07% Settimana indice ottobre: B=49,66% D=66,75% U=30,34% P=88,84%
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 anno 2023: - Visite 52,50% - Prestazioni Diagnostiche 43,21% - Esami Specialistici 39,61% * dato al 30/11/2023 valutato in data 09/01/2024
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità D/ N. prenotazioni con classe di priorità D	≥50%	Dato Aziendale anno 2023: - Visite 55,05% - Prestazioni Diagnostiche 41,34% - Esami Specialistici 36,58% * dato al 30/11/2023 valutato in data 09/01/2024
	N° prestazioni garantite entro i tempi della classe di priorità P/ N. prenotazioni con classe di priorità P	≥50%	Dato Aziendale anno 2023: - Visite 87,26% - Prestazioni Diagnostiche 51,62% - Esami Specialistici 74,77% * dato al 30/11/2023 valutato in data 09/01/2024
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%	97,67%

Descrizione Intervento - Priorità A Gennaio-novembre 2023	<i>Tot. Prestazioni Prenotate nei tempi massimi previsti</i>	<i>Prenotazioni richieste</i>	<i>% entro 30 giorni</i>
1 - Interventi chirurgici tumore maligno Mammella	35	299	11,71%

2 - Interventi chirurgici tumore maligno Prostata	1	1	100%
3 - Interventi chirurgici tumore maligno colon	45	51	88,24%
4 - Interventi chirurgici tumore maligno retto	7	11	63,64%
5 - Interventi chirurgici tumore maligno dell'utero	/	/	/
6 - Interventi chirurgici per melanoma	/	/	/
7 - Interventi chirurgici per tumore maligno della tiroide	2	6	33,33%
8 - By pass artocoronarico	/	/	/
9 - Angioplastica Coronarica (PTCA)	122	144	84,72%
10 - Endoarteriectomia carotidea	2	5	40,00%
11 - Intervento protesi d'anca	12	15	80,00%
12 - Interventi chirurgici tumore del Polmone	7	10	70,00%
13 - Colectomia laparoscopica	18	37	48,65%
14 - Coronarografia	149	171	87,13%
15 - Biopsia percutanea del fegato	5	5	100%
16 - Emorroidectomia	1	2	50,00%
17 - Riparazione ernia inguinale	8	16	50,00%

Obiettivo 4: Rispetto degli standard di sicurezza dei Punti Nascita

1) Punti Nascita

OBIETTIVO	Valore atteso	VALORE RAGGIUNTO
N. Requisiti garantiti / Totale requisiti previsti dalla Checklist (D.A. 2536/2011)	100%	È stata eseguita l'autovalutazione dei 3 PN: <95%
Inserimento piattaforma Qualitasiciliassr	SI	SI

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

2.1 Nei PN senza TIN:

OBIETTIVO	Valore atteso	VALORE RAGGIUNTO
N. nati con età gestazionale inferiore a 34 settimane compiute la cui madre sia stata ricoverata da più di 24	0	Fonte SDO - CEDAP = 0

ore (1 giorno)		
Neonati trasferiti entro le prime 72 ore di vita/totale neonati ricoverati	<8%	Fonte SDO = 8/498= 1,61%

2.2 Nei PN con TIN:

OBIETTIVO	Valore atteso	VALORE RAGGIUNTO
Elaborazione di un report trimestrale di monitoraggio sulla base del documento regionale di riferimento e dei relativi indicatori di monitoraggio	SI	SI
Neonati dimessi direttamente da TIN (cod.730) / Totale neonati ricoverati nella TIN (al netto dei deceduti modalità di dimissione cod 1)	0%	Fonte SDO = 0

Obiettivo 5: Pronto Soccorso – Gestione del sovraffollamento

Indicatore A	VALORE RAGGIUNTO
Miglioramento annuale e progressivo dell'indicatore di efficienza operativa (outcome)	<i>Dati nella tabella che segue</i>

Pronto Soccorso	Efficienza Operativa anno 2022	Categoria 2022	Valore Atteso	Efficienza Operativa anno 2023	Categoria	Risultato anno 2023
Taormina	0,951	1	≤ 0,05	0,181	2	Non raggiunto
Milazzo	0,017	3	≤ 0,05	0,490	1	Non raggiunto
Barcellona	0,000	0	≤ 0,05	0,000	0	PS Chiuso
Lipari	0,024	3	≤ 0,05	0,010	3	Raggiunto
Patti	0,149	2	≤ 0,05	0,07	3	Raggiunto

S. Agata	0,13	2	≤ 0,05	0,270	2	Non raggiunto
Mistretta	0,261	2	≤ 0,05	0,000	3	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
Istituzione Comitato Ospedaliero Procurement Organi e Tessuti (ASR Programma Nazionale Donazioni 2018-2020)	SI (delibera 2120/DG del 15.09.2016)

Indicatore 2	VALORE RAGGIUNTO
Incremento del numero di accertamenti di morte con metodo neurologico nell'anno 2023 non inferiore del 20% rispetto all'anno 2022	Anno 2022 = 4 accertamenti Anno 2023 = 1 accertamento

Indicatore 3	VALORE RAGGIUNTO
Tasso di opposizione alla donazione non superiore al 38%	È stato eseguito n° 1 accertamento con opposizione al prelievo.

Indicatore 4	VALORE RAGGIUNTO
Incremento del procurement di cornee in toto (da cadavere a cuor fermo e a cuore battente) non inferiore al 30%	Non raggiunto poiché con l'attivazione della STROKE UNIT presso il Policlinico di Messina tutti i pazienti ischemici/emorragici vengono trasferiti dal 118 presso tale struttura.

Gli indicatori 2-3-4 non sono raggiunti poiché con l'attivazione della STROKE UNIT presso il Policlinico di Messina tutti i pazienti ischemici/emorragici vengono trasferiti dal 118 presso tale struttura.

Obiettivo 7: Prescrizioni dematerializzate

OBIETTIVO		VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Sub obiettivo 7.1	Aumento numero medici dipendenti abilitati	>35%	% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) più SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione) = 49,81%
Sub obiettivo 7.2	Aumento numero prescrizioni	>120	Numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte/medici abilitati) = 210

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 863 (ospedalieri e territoriali) dei quali comunque non tutti hanno l'obbligo della prescrizione e dei SUMAISTI pari a 191 nel 2023. 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	1. >5%	1. Obiettivo raggiunto.
2. Percentuale delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7	2. ≥90%	2. 100%
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	Il programma in uso NAGE è stato adeguato al fine di permettere al medico di consultare il FSE del paziente in carico. Il raggiungimento è in itinere
4. Avvio del conferimento al FSE-INI di verbali di PS, lettere di dimissione ospedaliera e referti di	4. 50%	1) Ad oggi sono in corso di rilascio le firme digitali ai medici dei presidi Ospedalieri per poter procedere all'invio delle lettere di dimissione ospedaliera 2) Al 31/12/2023 risultano inviati a FSE 2.0 7.478

specialistica, anche in formato pdf.		referti di radiologia 3) Il sistema gestione ambulatoriale è stato aggiornato e testato entro il mese di dicembre 2023. Sono ad oggi in corso i test di firma referti ed invio al FSE2.0
--------------------------------------	--	---

In relazione all'obiettivo FSE2.0 si evidenzia che al 31.12.2023 sono stati conferiti n.171.031 di cui 140.066 di laboratorio analisi, n. 7478 di radiologia, 23.486 verbali di pronto soccorso e n.1 di specialistica ambulatoriale.

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 tutte le attività di Audit previste nel Piano 2023 2) La griglia di verifica, 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 D.A. n. 14 del 13 gennaio al 31/12/2023

Con il D.A. n. 14 del 13 gennaio è stato rinviato al 31/12/2023 il termine per la definizione dell'avviato percorso di consolidamento del P.A.C., pertanto l'obiettivo fissato di Certificazione dei Bilanci è stato prorogato.

Con delibera n. 551/CS del 9 febbraio 2023 è stato adottato il Piano di Audit Triennale 2023-2025 e ed il Piano di Audit Annuale 2023. Con delibera n. 488/CS del 3.2.2023 è stato revisionato il Regolamento di Internal Auditing. Con delibera n. 888/CS del 28.02.2023 è stata parzialmente modificata la deliberazione n. 3878/CS del 21.09.2022 di nomina del gruppo Internal Audit poiché si è ritenuto opportuno adeguare la composizione del gruppo anche come supporto al referente PAC per la revisione delle procedure.

È stato realizzato il corso formativo aziendale sui "Percorsi Attuativi della Certificabilità (PAC)", svoltosi in n° 5 giornate formative, aventi come obiettivo sia la conoscenza delle procedure relative ai percorsi di certificabilità e la loro implementazione a livello aziendale, sia la comprensione dei ruoli, delle responsabilità e dei metodi necessari per assicurare il controllo interno, rivolto al gruppo di supporto all'Internal Audit.

Con delibera 2734/CS del 05.07.2023 sono state revisionate le procedure G1 "Predisposizione di una procedura formalizzata per la gestione delle casse Economiche e delle Casse prestazioni" ed E.2 "Gestione movimenti di magazzino"; con delibera 2915 del 14.07.2023 la procedura A.2 "Procedure di programmazione e controllo"; con delibera 3599/CS del 15.09.2023 la procedura I.4 "Determinazione Fatture da ricevere" e con delibera 3600/CS del 15.09.2023 la procedura I.4 "Procedura di ricognizione e gestione del contenzioso". Con delibera 3456 del 1.9.2023 è stata adottata la procedura F.1 PNRR "Procedura per la gestione dei contributi vincolati e finalizzati".

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%). 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).

Obiettivi di Efficientamento energetico

OBIETTIVO	INDICATORE	VALORE ATTESO	VALORE RAGGIUNTO
Efficientamento energetico	Analisi Contratti Energetici e valutazione delle anomalie contrattuali	Si entro il 30/06/2023	SI (Sono state verificate le anomalie, richiesti rimborsi in forma di note di credito, analizzati i contratti energetici ed inviato i dati dei consumi dell'Azienda al FIRE)
	Proposte strategiche di politica energetica al fine di ridurre i costi dell'Azienda	Si entro il 31/12/2023	SI (È stato richiesto l'inserimento di n.3 progetti importanti di efficientamento energetico dell'Azienda nel piano degli investimenti, sono stati inseriti i progetti di efficientamento energetico dei PP.OO. nel piano triennale dei lavori.)

Obiettivi Anticorruzione - anno 2023			
Obiettivo	Indicatori	Target	Risultato
Attivare processi formativi sui temi dell'anticorruzione per accrescere le competenze e rinforzare il senso etico e sui contenuti del Codice di Comportamento in funzione preventiva del rischio corruttivo	Numero corsi di formazione specifica per le aree a più elevato rischio di corruzione realizzati/Numero di corsi programmati	100%	Nel 2023 sono state tenute n.5 edizioni (18/10/2023, 20/10/2023, 27/10/2023, 10/11/2023 e 17/10/2023, per n.5 ore ad evento), come di seguito specificato per un totale di 125 dipendenti formati, riguardo all'obiettivo della Performance (n. di corsi di formazione realizzati / n. di corsi programmati), cioè il 100%:
	Numero corsi di formazione specifica per le aree a più elevato rischio di corruzione realizzati/Numero di corsi programmati	100%	<ul style="list-style-type: none"> - Edizione 18/10/2023 - n.22 partecipanti - Edizione 20/10/2023 - n.28 partecipanti - Edizione 27/10/2023 - n.26 partecipanti - Edizione 10/11/2023 - n.23 partecipanti - Edizione 17/11/2023 - n.26 partecipanti <p style="text-align: center;">100%</p> <p>Il dato è riferito alle edizioni programmate e realizzate nel 2023 (5/5).</p>
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 2023 (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 RPCT	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. Per i dettagli sulle modalità attuate si rinvia all'apposita sottosezione del P.I.A.O.
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 31/01/2024.
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 a suo tempo stabilito che la competenza è della UOC Gestione Personale Dipendente, la quale non vi ha ancora provveduto.

Obiettivi Trasparenza – anno 2023			
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 Sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"	SI/NO	SI

Obiettivi Codice di Comportamento – anno 2023			
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 2023 è stato avviato con nota prot. 162081 del 5/12/2022 con la quale i dirigenti responsabili delle strutture soggette alla contrattazione sono stati invitati a proseguire l'attività assegnata nel 2022 in considerazione che l'Assessorato non ha assegnato obiettivi di Salute e Funzionamento per il 2023. Con nota prot. 103150 del 30/06/2023 sono state trasmesse le schede budget 2023 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 successive note prot n° 189889 e prot. n 189916° dell'11/12/2023, 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 2023 è in corso e dovrà essere definito entro il 30/6/2024, data in cui per disposizioni legislative occorre predisporre la Relazione sulla Performance.

Dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi Programmazione anno 2024

La programmazione aziendale viene definita dalla Direzione Aziendale sulla base degli indirizzi nazionali e regionali. Considerato che a breve saranno nominati i nuovi Direttori Generali e che contemporaneamente saranno assegnati dall'Assessorato della Salute gli *Obiettivi Contrattuali* e gli *Obiettivi di Salute e Funzionamento dei Servizi*, la presente sezione del PIAO sarà adeguatamente aggiornata.

In atto unitamente agli obiettivi individuati nella sezione "Valore Pubblico", in tema di accessibilità fisica e digitale per il triennio 2024-2026, si ritiene opportuno proseguire l'attività in conformità a quanto assegnato dall'Assessorato Regionale alla Sanità negli anni precedenti.

Il **valore pubblico** relativo agli obiettivi di salute e funzionamento dei servizi è il mantenimento e miglioramento della salute pubblica.

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.

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 e P.T.C.A nei casi di I.M.A. STEMI	PTCA effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI/numero totale di I.M.A. STEMI diagnosticati su pazienti residenti della provincia.	91,8%	UU.OO.CC. Cardiologia PP.OO. Patti, Taormina

Sub obiettivo 2.4	Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria entro 0-3 giorni (48h)	Numero di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni (48 h)/numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica.	95,3%	UU.OO.CC. Chirurgia PP.OO. Barcellona Lipari, Milazzo, Patti, Taormina, S.Agata, e CC.CC.
--------------------------	--	---	-------	---

Obiettivo 3: Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA 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

1) 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

2) 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):		PP.SS. Aziendali e Responsabile Aziendale del Piano per la Gestione del

	<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. 	Il progetto si è concluso nel 2021 e si è in attesa di disposizioni assessoriali	Sovraffollamento del Pronto Soccorso
--	--	--	--------------------------------------

Obiettivo 6: Donazione Organi

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

Obiettivo 7: Prescrizioni Dematerializzate

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Aumento numero medici dipendenti abilitati	% di Medici Dipendenti (ospedalieri e territoriali) più SUMAISTI abilitati alla prescrizione in modalità dematerializzata ed invianti (come risulteranno censiti e abilitati sul sistema TS e che avranno effettuato almeno una prescrizione)	>35%	Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri

Aumento numero prescrizioni	Numero medio di prescrizioni annue per medico come rilevato dal cruscotto integrato del sistema TS (totale ricette DEM prescritte/medici abilitati)	>120	Distretti Sanitari e Presidi Ospedalieri
------------------------------------	---	------	--

Obiettivo 8: Fascicolo Sanitario Elettronico

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Fascicolo Sanitario Elettronico	1. Percentuale delle strutture pubbliche invianti a regime referti di laboratorio in formato CDA2-HL7 2. 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. Avvio del conferimento al FSE-INI di verbali di PS, lettere di dimissione ospedaliera e referti di specialistica, anche in formato pdf.	1) $\geq 90\%$ 2) 50% dei PS 3) 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 2023 in parte ancora stimata, perché non ancora fatturata, pari a circa € 6.500.000,00 per l'energia elettrica e circa €. 770.000,00 per il gas, in virtù della circolare 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, in prosecuzione dell'attività avviata nel 2023:

OBIETTIVO	INDICATORE	Valore Atteso	Contributor
Efficientamento energetico	Analisi Contratti Energetici e valutazione delle anomalie contrattuali	Si entro il 30/06/2024	Energy Manager

	Proposte strategiche di politica energetica al fine di ridurre i costi dell'Azienda	Si entro il 31/12/2024	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 2024 delle UU.OO. Aziendali.

Numero corsi di formazione specifica per le aree a più elevato rischio di corruzione realizzati/Numero di corsi programmati

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%
	Progettazione piattaforma FAD per formazione Anticorruzione e Trasparenza	SI
Valutazione del rischio per tutte le UU.OO. individuate nella sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO 2024-2026	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 della sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO 2024-2026
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 - sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" del PIAO 2024-2026	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 programmatici saranno declinati in obiettivi operativi, 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 2024 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:

- Migliorare l'efficienza del sistema di programmazione ed attuazione degli obiettivi;
- Introdurre uno strumento di apprendimento organizzativo e di orientamento dei comportamenti a supporto dei processi decisionali;
- 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 introduzione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" è necessario richiamare le modifiche normative intervenute dall'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.

La previsione normativa è orientata alla semplificazione e ottimizzazione della programmazione del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni. Pertanto, funzionale all'attuazione del PNRR, importante strumento di pianificazione strategica nazionale tendente a garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi indicati nel programma europeo Next Generation EU (NGEU).

Il P.I.A.O., quindi, 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 sia la qualità dei servizi rivolti ai cittadini e alle imprese, che la qualità del lavoro all'interno della pubblica amministrazione.

La predisposizione del P.I.A.O. ricalca le prescrizioni del D.P.R. n.81 del 24/06/2022, inerente la soppressione dei Piani assorbiti in esso assorbiti, e del Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Funzione Pubblica n. 132/2022, recante lo schema tipo.

La presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" contenuta nel P.I.A.O. 2024-2026, 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", pertanto, secondo le indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione dell'ANAC, a partire dal PNA 2013 e, da ultimo, nel P.N.A. 2023, adottato dall'ANAC con delibera n.605 del 19/12/2023, nonché nel D.Lgs. n.33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n.97/2016

Altra necessaria precisazione per la presentazione del presente documento riguarda, nel corso del 2023, il conferimento di incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) di questa A.S.P. al Dott. Antonio Costa, (deliberazione 2130/CS del 24/05/2023), in continuità col precedente incarico (deliberazione n.4176/CS dell'11/10/2022). Importante, soprattutto per le attività future, la assegnazione di una unità di personale segnatamente per le attività di monitoraggio della sezione "Amministrazione trasparente" (disposizione prot. n.183471 del 29/11/2023).

La presente sottosezione del P.I.A.O. si pone, quindi, 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 contestuali e normativi.

Si richiama, a tal fine, il forte impulso dato anche dall'Assessorato Regionale della Salute nel corso del 2019 in tema di anticorruzione e trasparenza, mediante diverse disposizioni con le quali, intervenendo sui diversi adempimenti previsti dalle vigenti normative in materia, sono state emanati atti di indirizzo e direttive riguardanti specifici adempimenti inerenti vari argomenti, il cui culmine si è avuto con la istituzione del **Coordinamento dei Responsabili**

della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle Aziende e degli Enti del S.S.R. (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 nel 2019, con la nomina del Coordinatore e con le successive riunioni vertenti su specifiche azioni/attività da porre in essere per gli adempimenti di cui alle predette disposizioni assessoriali, nonché rispetto alle azioni propositive e richieste da avanzare al predetto Assessorato inerenti specifici adempimenti di cui alle note assessoriali.

Si riportano a seguire sinteticamente le note assessoriali inerenti le disposizioni impartite in materia di anticorruzione e trasparenza riferite a specifici adempimenti, per i cui dettagli si rinvia alle analoghe sottosezioni dei P.I.A.O. e P.T.P.C.T. degli anni precedenti.

- **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).**

Con tale disposizioni è stato fatto esplicito riferimento alle seguenti misure e ai 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 INFORMATORI SCIENTIFICI
- **Nota RPCT prot. n.22105/PCT del 22/02/2019, convenzione AGENAS / Regione Siciliana. Predisposizione schede di monitoraggio sui temi dell'anticorruzione.**
 - **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"**

Con la pregressa attività si è puntata 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.

CONTESTO NORMATIVO

La presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" è compliant al 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 inconfiribilità 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 n.7 del 17/01/2023, "piano nazionale Anticorruzione 2022";
- D.Lgs. n.24/2023 «Attuazione 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 e recante disposizioni riguardanti la protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali;
- D.Lgs. n.36/2023 «Codice dei contratti pubblici in attuazione dell'articolo 1 della legge 21 giugno 2022, n. 78, recante delega al Governo in materia di contratti pubblici;
- Delibera ANAC n.311 del 12 luglio 2023 «Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne»;
- D.P.R. n.81/2023 «Regolamento concernente modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, recante: «Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»;
- Delibera ANAC n.311 del 12/07/2023, recanti "Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne"
- Delibera ANAC n.605 del 19/12/2023, "Piano Nazionale Anticorruzione – aggiornamento 2023".

DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Si richiama il concetto di corruzione 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.

Infatti, la Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n.1 del 25/01/2013 ha precisato che le situazioni rilevanti non si esauriscono nella violazione degli artt. 318, 319 e 319 ter c.p., pertanto 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.**

Si tratta di una definizione 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), e 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 Nazionale Anticorruzione, con la 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'A.S.P. di Messina esercita il proprio mandato istituzionale, è volto a 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, il cui profilo di rischio è certamente condizionato dalle possibili influenze delle confinanti province 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 nella sottosezione 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), distribuita in 107 comuni (dei 108 insistenti nel territorio provinciale), esclusi i residenti di Capizzi la cui assistenza sanitaria, per ragioni orografiche è stato stabilito dal livello regionale che afferisca all'ASP di Enna: pertanto, costituisce la 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 Province 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 determini 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 -8.8%, dal 2001 al 2022), imputabile soprattutto al saldo naturale negativo (tra le ultime provincie regionali per quoziente di natalità, 6,8, secondo i dati ISTAT al 01/01/2022, e quoziente di mortalità pari a 13,5 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 (5,4%), in continuo aumento. 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 non può, pertanto, prescindere dall'analisi del profilo socio-demografico del territorio di pertinenza, al fine di cogliere i cambiamenti strutturali e le conseguenti necessità della collettività e dei singoli individui, in termini di bisogno (domanda) di salute. Il presente piano, dovendo applicarsi nel corso di un triennio, ha una dimensione futura, il che comporta la necessità di analizzare lo scenario in cui si opera per poter affrontare le criticità rappresentate principalmente da un bisogno di benessere manifestata dal cittadino-utente in modo sostanzialmente diversa dal passato anche recente.

Le dinamiche socio-ambientali, infatti, impattano con il sistema sanitario ed in particolare con l'attività dell'Azienda nel medio e lungo periodo. Continua il trend in crescita demografica della

popolazione anziana con il conseguente 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 riportati i dati della 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, 6,8‰ al 01/01/2022), mentre si registra il più alto tasso di mortalità (circa il 13,5‰ al 01/01/2022) e il più alto indice di vecchiaia, con trend sempre in crescita (202,4 al 01/01/2022, 198,9 al 31/12/2020, 192,6% nel 2019 contro il 164% 2020). All'interno del territorio provinciale, il Distretto Sanitario nebroideo di Mistretta ha fatto registrare una maggiore incidenza di anziani (indice di vecchiaia 202,4 (a fronte di un valore di 167,6 su base regionale), mentre i Distretti di Lipari e Barcellona P.G. hanno fatto registrare un'alta presenza di immigrati. Per contro i comuni più giovani sono generalmente quelli che si affacciano sul mare, in particolare il Distretto di Lipari, dove si osservano i tassi più bassi per entrambe i sessi 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 distrettuale 2001/2021 pari a +8,8%, con i valori estremi di Mistretta (-17,5%) e Lipari (+16,8%). 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 2023 delle Province italiane per Qualità della Vita stilata dal Sole 24 Ore, mantiene la classifica generale (89° posto come nel 2022): mentre scende al 76° posto nell'area "ambiente e servizi", 73° posto nell'area "giustizia e sicurezza", 78° posto per l'indicatore "demografia e società", 100° posto per l'indicatore "affari e lavoro", 100° posto per "ricchezza e consumi", 71° posto per "cultura e tempo libero". Certamente la pandemia da Covid-19 ha modificato il tessuto sociale, soprattutto nelle attività economiche, anche se nel 2020 si è avuto 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.

Nel 2023 le attività economiche di Messina (1.104, a fronte di 1.796 del 2022, con un trend in decremento dal 2019, con 2.315 attività) risultano dedite in particolare al settore del Commercio all'ingrosso, dettaglio riparazioni autoveicoli e motocicli (272), delle costruzioni (207) e agricoltura, silvicoltura e pesca (78); Altre realtà riguardano la 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). La sede industriale 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, rispetto al 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'A.S.P. 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 provvede 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 757 posti letto accreditati, 670 P.L. ordinari e 87 P.L. DH. 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 (+7 pubbliche), 7 RSA private (+3 RSA pubbliche), 25 Consultori Familiari, oltre 3 Consultori Familiari convenzionati (di cui 2 a Messina e 1 a Taormina), 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 Piani anticorruzione 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 73 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 economico¹. 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 gestito da una Società esterna, tra i cui compiti rientra anche la 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 Strutture private accreditate dell'area metropolitana.

A queste ultime è stato infatti richiesto di fornire specifiche agende di primo accesso per le prestazioni critiche per le quali non si raggiunge la garanzia dei tempi di attesa, in particolare per le prestazioni 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. È da evidenziare l'entrata in vigore del nuovo Codice Appalti (D.Lgs. n.36/2023), una parte dal 1° luglio 2023, il resto dal 1° gennaio 2024, con particolare attenzione alla digitalizzazione degli appalti pubblici, con nuove piattaforme digitali e banca dati gestita dall'ANAC.

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 anzi 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 ha rappresentato una "grande opportunità" per le mafie, come pure il PNRR ed il PNC, sui quali l'ANAC ha introdotto già con PNA 2022 diverse misure di prevenzione declinate nella relativa sottosezione del P.I.A.O. 2023-2025, alle quali si aggiungono quelle suggerite nel PNA 2023. Lo snellimento delle procedure d'affidamento degli appalti e dei servizi pubblici per fronteggiare lo stato emergenziale, che il PNRR hanno certamente comportato seri rischi di infiltrazione mafiosa

nell'economia legale, specie nel settore sanitario, come evidenziato dalla Dia, che ha sottolineato 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 (180), basandosi sull'opinione di esperti e assegnando una valutazione che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli c.d. "puliti".

Nell'edizione 2022 dell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International, l'Italia mantiene il 41° posto su 180 a livello mondiale, con un trend in continua crescita (punti 56 CPI 2022).

Si rimane in attesa della presentazione del CPI per l'anno 2023, previsto per il 31/01/2024.

Il progresso dell'Italia, in linea con il costante miglioramento dal 2012 (42 punti) ad oggi, non è altro che il risultato di una crescente attenzione al fenomeno della corruzione nell'ultimo decennio, che ha fatto seguito alla emanazione della legge n.190/2012 (Legge Severino) e tutte le implicazioni connesse.

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

A livello mondiale, Danimarca, Finlandia e Nuova Zelanda si mantengono al vertice della classifica. La media globale rimane comunque invariata per oltre un decennio a soli 43 su 100. Più di due terzi dei paesi hanno ottenuto un punteggio inferiore a 50, mentre 26 paesi sono scesi ai punteggi più bassi finora. Nonostante gli sforzi concertati e i progressi faticosamente ottenuti da alcuni, 155 paesi non hanno compiuto progressi significativi contro la corruzione o hanno registrato un calo rispetto al 2012.

il Presidente della Corte d'Appello di Messina, nel programma della attività annuali 2023 ha evidenziato "una limitata scoperta dell'organico", determinata da pensionamenti e turnover di magistrati. Nella relazione di inaugurazione dell'anno giudiziario 2022, ribadendo le criticità scaturenti dalle carenze strutturali ("scoperture di organico tanto dei magistrati quanto del personale amministrativo", nonostante l'espletamento di procedure concorsuali, nonché "tempistica troppo dilatata per i tramutamenti da parte del Csm ed alla mancanza di programmazione per l'edilizia giudiziaria") possono far sì "che non ci possono essere dati attendibili circa l'efficacia della perseguita razionalizzazione della geografia giudiziaria". Dal punto di vista delle attività ha chiarito che "per il settore Civile (comprensivo del settore Lavoro e Previdenza) si è registrata rispetto al volume complessivo degli affari una sostanziale (-0,7%) stabilità in relazione alla quale può dirsi venuto meno il trend positivo di riduzione delle pendenze che si era registrato nel quinquennio precedente con la sola eccezione del 2020 e 2021, fortemente penalizzati dalla fase acuta della pandemia da Covid-19". "Nello specifico e tenendo conto dei dati complessivi, si è avuta una ulteriore riduzione (-15,1%) delle pendenze nel settore Lavoro e Previdenza, un leggerissimo (0,7%) aumento delle pendenze degli affari contenziosi civili ed un sensibile (40,7%) aumento degli affari di volontaria giurisdizione da imputare principalmente ai procedimenti di equa riparazione con un dato che resta tra i più alti in Italia. L'intero settore penale ha confermato l'andamento di progressiva diminuzione delle pendenze che è ormai un dato consolidato da oltre un quinquennio che, oltre a garantire tempi rapidi di definizione dei procedimenti, ha anche un effetto positivo sul mancato superamento dei tempi di ragionevole durata dei processi e, quindi, di potenziali ricorsi per procedimenti di equa riparazione. Dal 01/01/2022 le pendenze della prima sezione penale hanno registrato un modesto calo (-2,4%)".

Nonostante abbia ribadito l'alta produttività dei giudici, permane la criticità dello smaltimento delle pendenze. Il settore civile è quello che ha mostrato maggiore sofferenza, registrando l'arresto del trend positivo degli ultimi anni con l'arrivo della pandemia. I procedimenti pendenti ultradecennali sono risultati il 6%, quasi il 42% quelli ultratriennali. Vengono sforati frequentemente i parametri della legge Pinto per l'equa riparazione, con la conseguenza che i procedimenti a Messina sono aumentati nel 40%, un valore tra i più alti in Italia.

Sono stati evidenziati i dati significativi legati alla crisi del tessuto economico come l'incremento dei reati di falso in bilancio (+33%), bancarotta fraudolenta (+46%) e bancarotta semplice (+12%) mentre diminuiscono quelli tributari (-38%). In aumento anche i procedimenti di convalida degli sfratti.

Nel penale si è registrato un aumento dei reati legati alle tossicodipendenze (840 i casi nel 2022, il 14% in più rispetto al 2021), mentre sono diminuiti furti e rapine e gli omicidi colposi, ma rappresentano il 29% in più quelli per infortunio sul lavoro.

Particolare allarme è stato lanciato dal presidente della Corte d'Appello Neri in merito al disagio minorile, da cui non risultano immuni nemmeno le famiglie più abbienti: "I quartieri a rischio devianza sono luoghi di grave emarginazione, di povertà educativa spesso conseguente a livelli ancora alti di dispersione scolastica".

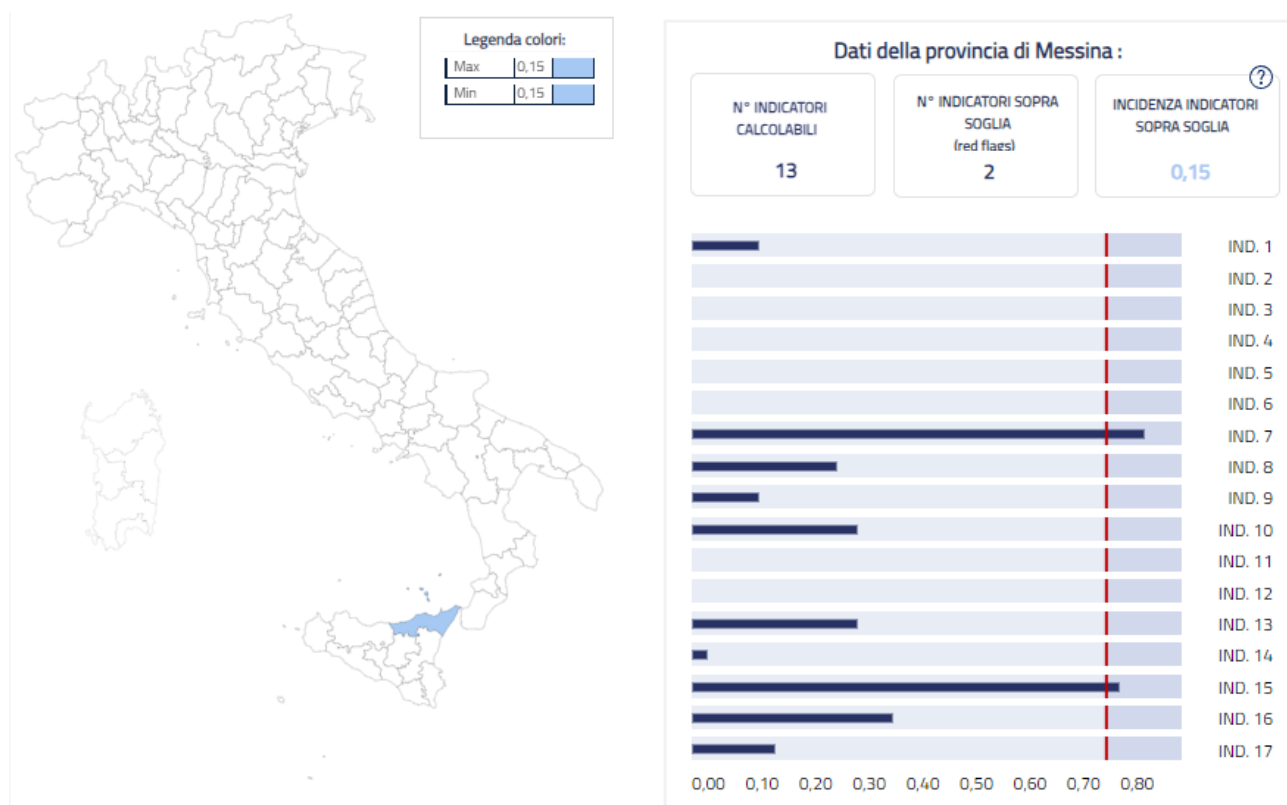
Nella Relazione della DIA di Messina del secondo semestre 2022, cui si rimanda per i dettagli, la cui analisi è stata realizzata sulla base delle evidenze investigative, giudiziarie e di prevenzione, si conferma che i sodalizi mafiosi prediligono svolgere le loro attività criminose negli ambiti illeciti che rilevano un minore allarme sociale che generano ingenti profitti immessi gradualmente nei circuiti legali, con conseguenti effetti distorsivi delle regolari dinamiche dei molteplici mercati. I dati investigativi confermano che le organizzazioni criminali di tipo mafioso, nel loro continuo processo di adattamento dei mutevoli contesti, hanno implementato le capacità relazionali sostituendo l'uso della violenza e delle intimidazioni (sempre più residuali), con strategie di silente infiltrazione e pratiche corruttive. Infatti le mafie preferiscono attivarsi sempre più ad ambiti affaristico-imprenditoriali, grazie alla disponibilità di ingenti capitali accumulati con le tradizionali attività illecite, dove si cerca sia di rafforzare i vincoli associativi mediante il perseguimento del profitto e la ricerca del consenso, approfittando della forte sofferenza economica che caratterizza alcune aree, sia rimanere al passo con le più avanzate strategie di investimento, cogliendo anche le opportunità offerte dai fondi pubblici nazionali e comunitari (Recovery Fund e PNRR). Viene dato risalto alla resilienza della criminalità organizzata e alla capacità di sfruttare celermente le trasformazioni tecnologiche e i fenomeni economico-finanziari su scala globale (piattaforme di comunicazioni criptate e in generale al web (sia la rete internet che il dark web)). Un altro FOCUS è dedicato ai gruppi di criminalità albanese, integratisi, nel tempo, con la delinquenza locale, divenendo, non solo in Italia, una delle più complesse e articolate espressioni nello scenario della criminalità, soprattutto per il narcotraffico. Riguardo all'azione di prevenzione, la DIA ha continuato a garantire il costante monitoraggio dei flussi finanziari finalizzato ad individuare e recuperare i patrimoni illecitamente accumulati dalle mafie, anche fuori dai confini nazionali. Sul punto, si riportano di seguito i dati dei provvedimenti preventivi eseguiti nel semestre dalla Direzione Investigativa Antimafia: sequestri (totale € 31.002.335,11); confische (totale € 181.461.000,00); monitoraggio imprese (totale 684); accessi ai cantieri (totale 41 - n. delle aziende controllate); interdittive antimafia (totale 350); segnalazioni per operazioni sospette analizzate (totale 80.249).

Per la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza del P.I.A.O. 2023-2025 si è fatto ricorso ad una serie di dati rilevati dal progetto "Misura la corruzione", attivato dall'ANAC nel 2022, una serie di indicatori (di contesto, di rischio corruttivo e di rischio a livello comunale), che consentono, pertanto, 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 fa riferimento, suddivisi in diciassette tipologie e per oggetto (lavori, servizi, forniture), settore (ordinario e speciale) e anno di pubblicazione.

Particolarmente interessante la sezione "Appalti", nella quale è possibile selezionare tra "forniture", "Lavori" e "Servizi".

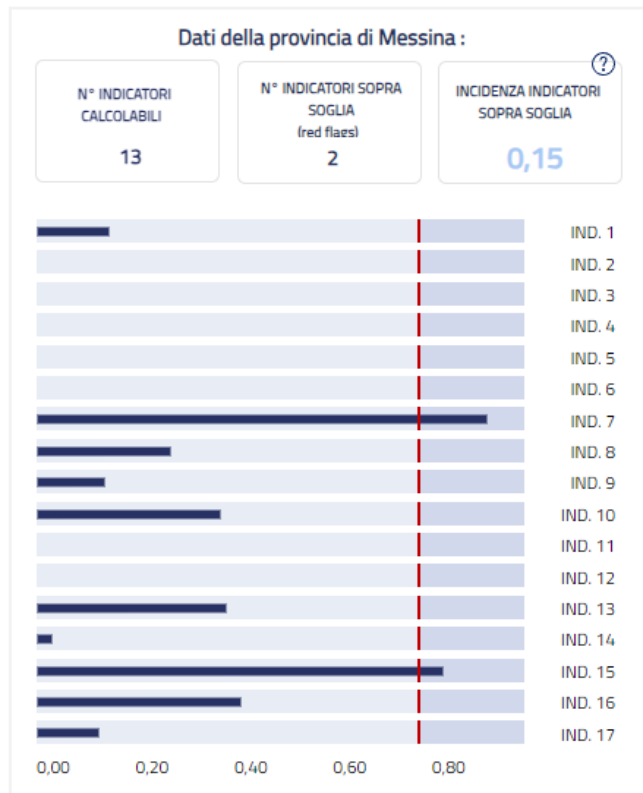
Di seguito si riporta il grafico della "Appalti" per la provincia di Messina, inerente tutte le stazioni appaltanti e tutti i settori (ordinario, speciale, non classificato), dal quale si evince che, per l'anno 2022, sono calcolabili 13 indicatori su 17; due indicatori (red flags), il 7 e il 15, risultano sopra la soglia (cioè oltre il 75° percentile). A seguire si riporta anche la legenda degli indicatori.



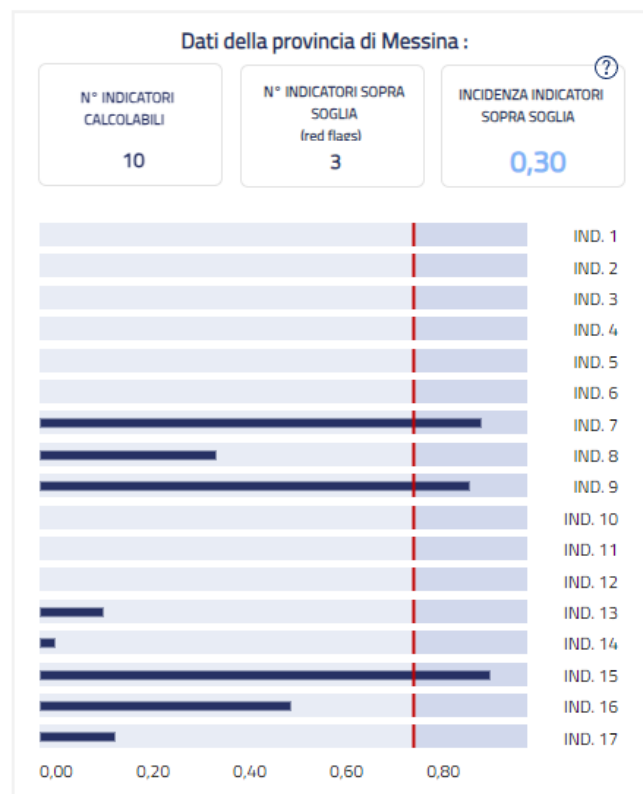
Descrizione Indicatori Appalti

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 € *

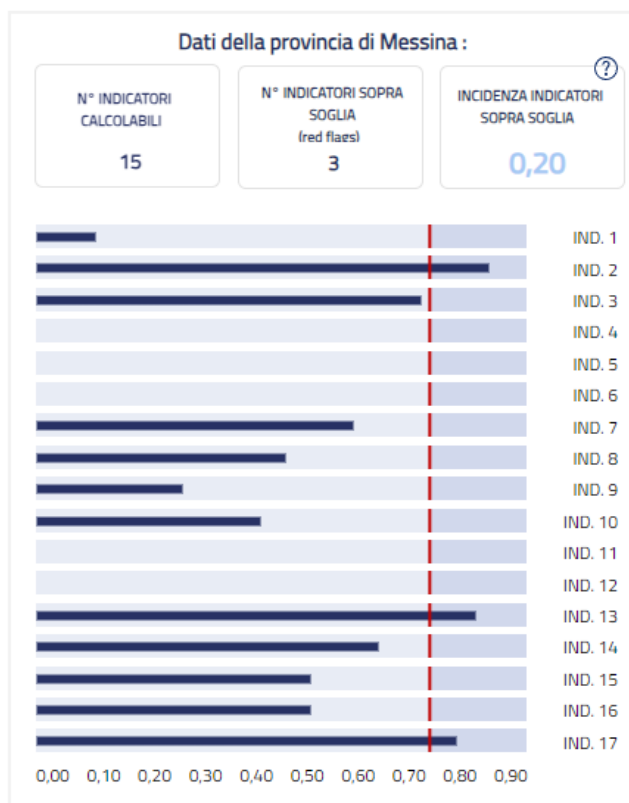
Invece sotto viene riportato l'analogo grafico per il settore "ordinario": anche in tal caso gli indicatori sopra soglia risultano il 7 e il 15.



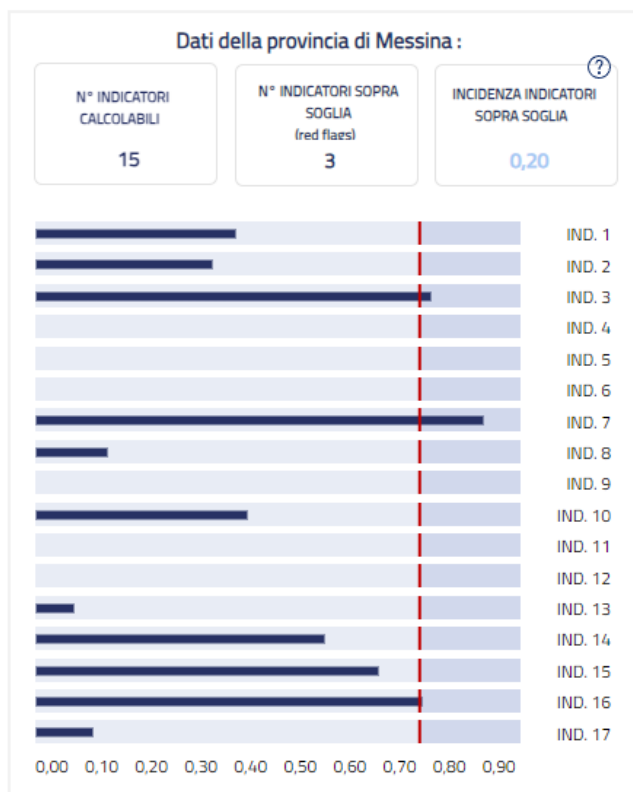
Nell'ambito del settore "ordinario", a seguire si riporta il grafico riguardante le "forniture"; per tale categoria di appalti gli indicatori sopra la soglia risultano il 7°, il 9° e il 15°.



A seguire, invece, il grafico inerente i "servizi": per tale oggetto di appalti gli indicatori sopra il valore soglia risultano il 2°, il 13° e il 17°.

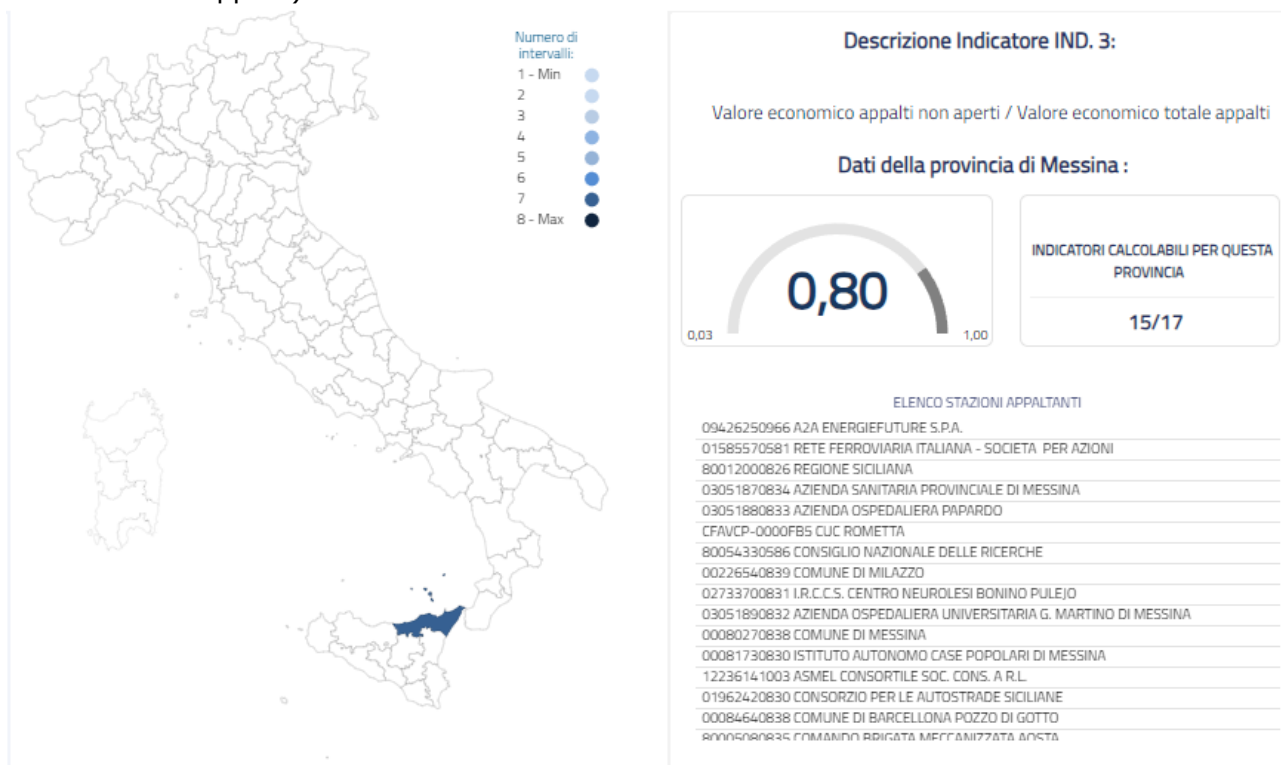


Infine, relativamente ai "lavori", risultano sopra la soglia gli indicatori 3°, il 7°, mentre il 16° risulta pari al valore soglia.



A titolo esemplificativo si riportano altri grafici riguardanti nello specifico i valori degli indicatori oltre la soglia del settore "ordinario" per i "lavori".

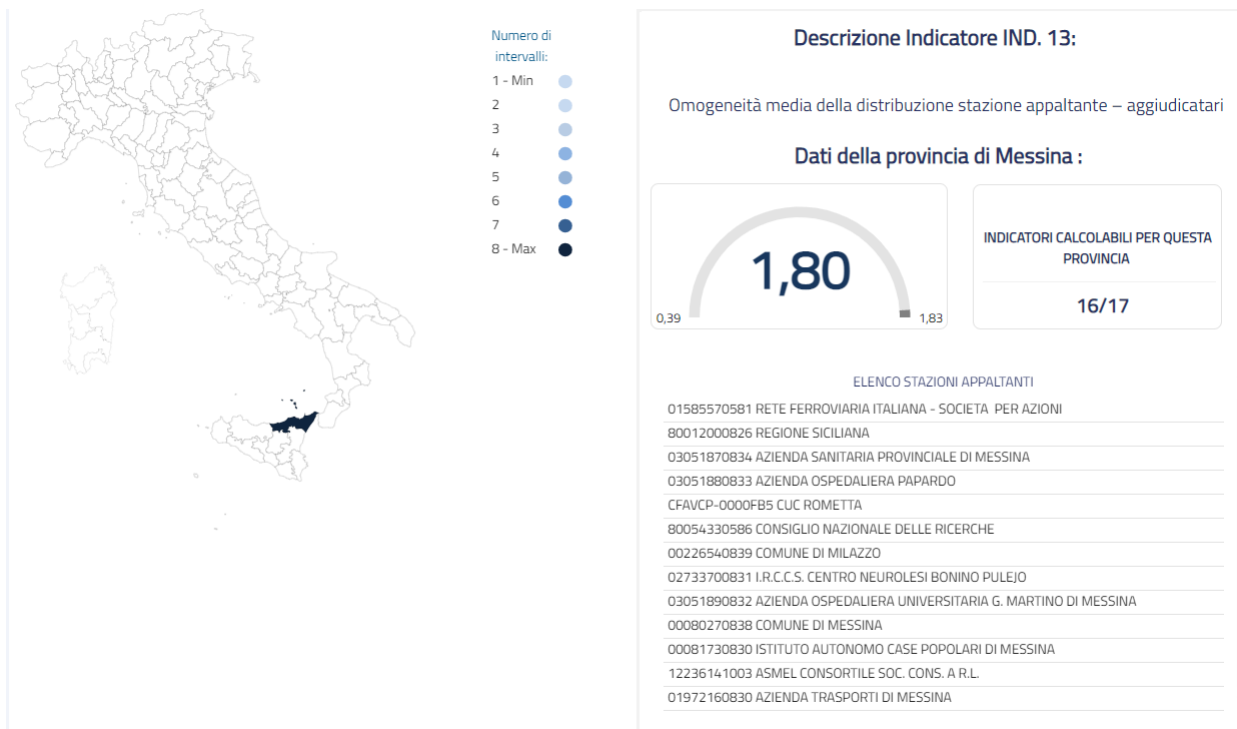
Il primo indicatore oltre la soglia è il 3° (valore economico appalti non aperti / valore economico totale appalti).



Il secondo indicatore oltre la soglia è il 7° (numero di appalti senza comunicazione di aggiudicazione / numero totale appalti).



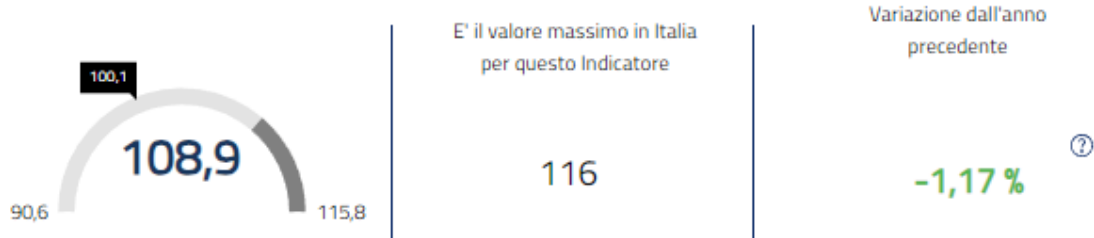
Il terzo indicatore oltre soglia è il 16° (omogeneità media della distribuzione stazione appaltante – aggiudicatori)



A seguire si riportano gli indicatori di contesto (Dominio compositi) provinciali di Messina, con particolare riferimento ad alcune variabili presenti in tale cruscotto, riferiti al 2017: "Istruzione", "Criminalità", "Economia" e "Capitale sociale"

Messina

Composito dei compositi

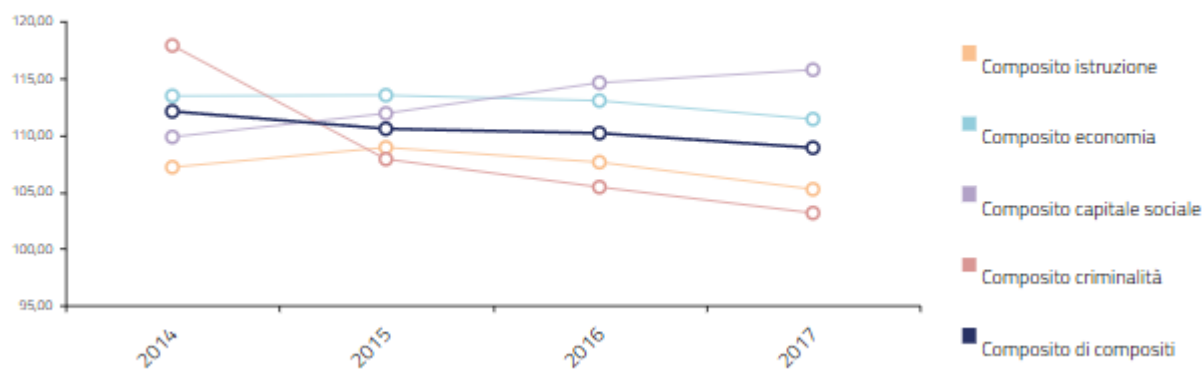


Monitoraggio degli indicatori che definiscono il valore del Composito

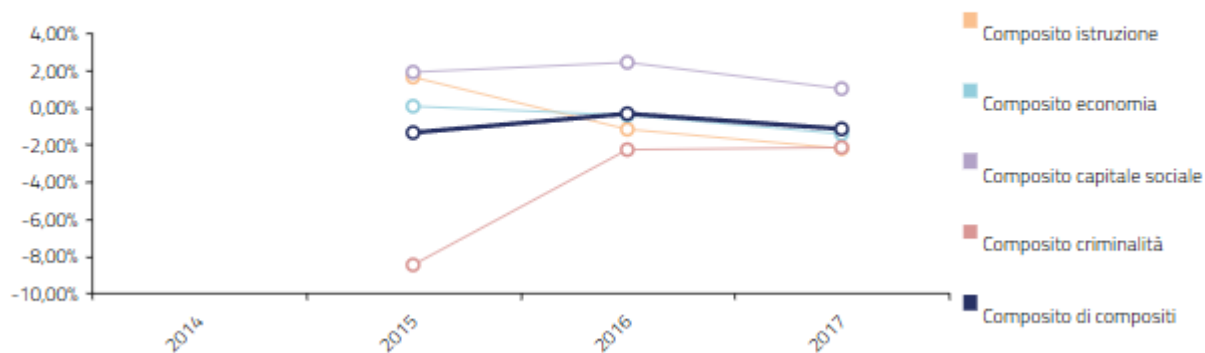


Qui sotto si osservano l'andamento di tali indicatori nel periodo 2014-2017 e la variazione percentuale rispetto all'anno precedente.

Grafico Indicatori



Variatione Rispetto all'anno precedente



Nei grafici che seguono un approfondimento sui "reati di corruzione, concussione e peculato", "contro l'ordine pubblico e ambientale", "contro il patrimonio e l'economia pubblica" e "altri reati con la Pubblica Amministrazione" con riferimento all'anno 2017.

Messina

Composito Criminalità



E' il valore massimo in Italia per questo Indicatore

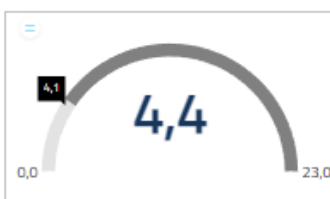
123

Variatione dall'anno precedente

-2,16%

Monitoraggio degli indicatori che definiscono il dominio Criminalità

Reati di corruzione, concussione e peculato 2017



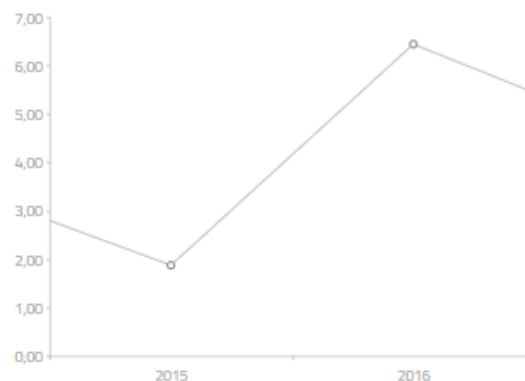
Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:

23

Variatione dall'anno precedente

-31,13%

Reati di corruzione, concussione e peculato



Reati contro l'ordine pubblico e ambientali 2017



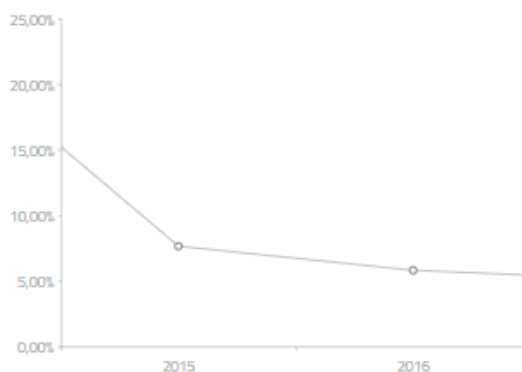
Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:

25

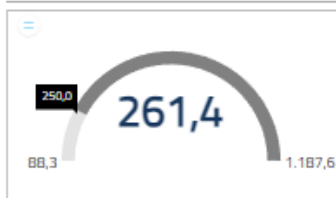
Variazione dall'anno precedente

-12,78%

Reati contro l'ordine pubblico e ambientali



Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica 2017



Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:

1.188

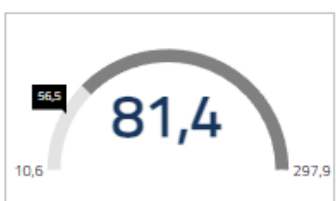
Variazione dall'anno precedente

-11,77%

Reati contro il patrimonio e l'economia pubblica



Altri Reati contro la Pubblica Amministrazione 2017



Il Valore massimo in Italia di questo Indicatore è:

298

Variazione dall'anno precedente

-14,32%

Variazione rispetto all'anno precedente



2.3.2 VALUTAZIONI DI IMPATTO DEL CONTESTO INTERNO

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

Come riportato nell'Atto Aziendale, 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.

Specifici 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.

L'obiettivo precipuo che l'ANAC pone in risalto 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" e/o della "protezione" del valore pubblico, di natura trasversale per la realizzazione della missione istituzionale di ogni amministrazione o ente, e l'impatto che le attività istituzionali hanno sui cittadini, sugli utenti, sui pazienti, in termini di miglioramento dei servizi..

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 P.I.A.O., che sono programmati dall'organo di indirizzo dell'A.S.P. di modo che siano funzionali alle strategie di creazione e protezione 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 P.I.A.O..

Al fine di favorire la creazione e/o la protezione di valore pubblico, pertanto, sono stati previsti obiettivi strategici, che riguardano sia la prevenzione della corruzione, che 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, 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 2024-2026, 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 n.1134/20127, e soprattutto delle nuove indicazioni in termini di misure inerenti l'ambito del PNRR, che la nuova organizzazione della sezione "Amministrazione trasparente" dal 1° gennaio 2024, come previsto nel PNA 2023 ed in particolar modo nelle Delibere ANAC n.261/2023 (Adozione del provvedimento di cui all'articolo 23, comma 5, del decreto legislativo 31 marzo 2023, n. 36 recante «Individuazione delle informazioni che le stazioni appaltanti sono tenute a trasmettere alla Banca dati nazionale dei contratti pubblici attraverso le piattaforme telematiche e i tempi entro i quali i titolari delle piattaforme e delle banche dati di cui agli articoli 22 e 23, comma 3, del codice garantiscono l'integrazione con i servizi abilitanti l'ecosistema di approvvigionamento digitale») e n.264/2023 (recante individuazione delle informazioni e dei dati relativi alla programmazione di lavori, servizi e forniture, nonché alle procedure del ciclo di vita dei contratti pubblici che rilevano ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33).
- Tali nuovi obblighi di trasparenza vanno a sostituire quanto previsto nel PNA 2022 riguardo soprattutto alla sottosezione "Bandi di gara e contratti. In tale contesto si fa riferimento anche alle disposizioni in materia di trasparenza, con riguardo alle circolari del Dipartimento della 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 (Semplificazioni), convertito con modificazioni nella L. n.120/2023, e dal D.L. 77/2021, convertito con modificazioni nella L. n.108/2021, inerente la governance del PNRR e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e

snellimento delle procedure, nonché le prescrizioni del nuovo Codice di Contratti Pubblici (D.Lgs. n.36/2023);

- 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, sia riguardo a quanto richiesto dal PNA 2022 (delibera ANAC n.7 del 17/01/2023), nonché dall'aggiornamento PNA 2023 (delibera ANAC n.605 del 19/12/2023), 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, in particolare col PNA 2022, ha fornito indicazioni circa l'adeguamento progressivo del P.I.A.O. agli obiettivi della riforma. Infatti, lo stesso Consiglio di Stato, nel parere sullo schema di D.P.R., 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 2023 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". Tale attività, ripresa dopo la fine dell'emergenza sanitaria da Covid-19, che ha segnato irreversibilmente l'approccio alla gestione dei processi, soprattutto per la continua implementazione di servizi telematici.

Determinante anche la collaborazione con l'Internal Auditor (Dott.ssa Cinzia Oteri, delibera n.1839/CS del 27/04/2022) per le connesse attività dei PAC, avviata fin dal 2018, nell'ottica della collaborazione e dell'integrazione. Pertanto, si è fatto riferimento all'attività programmata con il Piano Annuale 2023 contenuto nel Piano di Audit Triennale 2023-2025 dell'Internal Auditor (deliberazione n.551/CS del 09/02/2023). 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, deliberazione n.1590/CS del 07/04/2022, deliberazione n.2696/CS del 03/07/2023, 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, e deliberazione n.888/CS del 28/02/2023, è stato costituito un gruppo di lavoro a supporto della funzione di Internal Auditor.

Riguardo all'attività di monitoraggio e riesame del RPCT per l'anno 2023, pertanto, si è preso atto anche delle risultanze della "Griglia di rilevazione sullo stato di attuazione delle verifiche degli Internal Audit aggiornata alla data del 31 Dicembre 2023", 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 che emergono vengono 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 anche nel 2024, mediante la nuova metodologia di analisi e ponderazione del rischio di cui si tratterà nelle successive pagine del presente documento, ad esclusione dei Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri (in parte), UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Economico Finanziario. 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

Riguardo agli obiettivi strategici inerenti le azioni previste per la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", si fa 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 costituito dal 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 settori 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, soprattutto, 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 la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO 2023-2025, con particolare sezione dedicata alla Trasparenza, e il Piano della Performance, ha consentito, nel 2023, l'individuazione dei seguenti obiettivi di prevenzione negoziati ed integrati nelle schede di budget 2023 delle UU.OO. Aziendali. Analoga integrazione e coordinamento viene previsto per l'anno 2024.

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 dalle relative misure, anche con riferimento alle responsabilità per il loro raggiungimento, di cui è stata data piena evidenza nelle schede di budget a partire dall'anno 2016.

Il processo di gestione del rischio è stato quindi impostato sia su una ben precisa metodologia, ma anche sui principi da rispettare e valorizzare, in un percorso di implementazione culturale, 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 2023 e gli obiettivi programmati per l'anno 2024.

Tale strategia, che caratterizzava già i collegamenti col Piano della Performance nel P.T.P.C. 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.I.A.O. 2023-2025, tale strategia verrà sostenuta anche nel 2024, 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.

Va evidenziato 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, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016, 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 P.I.A.O. 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 2024, in stretto coordinamento ed integrazione tra le due predette sottosezioni, che di fatto realizza il c.d. "Monitoraggio integrato".

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 Piani anticorruzione aziendali, lo specifico riferimento è il PNA 2022, con particolare riguardo all'Allegato 1. Il PNA 2022 fa specifico riferimento alle indicazioni riguardanti, in particolare, le fasi della programmazione e di 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:

- 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 anticorruzione;
- 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, è il Dott. Antonio Costa (deliberazione n.2130/CS del 24/05/2023), appartenente all'Area dei professionisti della salute e dei funzionari (ex Collaboratore Professionale Amministrativo), in servizio presso la 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 P.I.A.O.
- 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 provvedimenti n.59159 del 25/06/2018, successiva modifica prot. n.99624 dell'11/09/2019, e, da ultimo disposizione, prot. n.94278 del 16/06/2023, è stato costituito, presso il RPCT, un gruppo di lavoro dedicato alle "segnalazioni" (con particolare riferimento a quelle del c.d. whistleblower); 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, ma soprattutto con riferimento alle novità introdotte dal D.Lgs. n.24/2023 in materia di whistleblowing e le successive Linee Guida ANAC n.311/2023.

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, continuate nel 2023, 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 un "gruppo di lavoro multidisciplinare", da ultimo aggiornato con deliberazione n.120/CS dell'11/01/2024) con attribuzione, allo stesso, di ruolo di supporto tecnico-operativo-programmatico e conoscitivo al RPCT per l'applicazione e l'aggiornamento della sottosezione "rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O, 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 che sono 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.3542/CS del 24/08/2022, 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.3730/CS del 27/09/2023, si è provveduto alla nomina del “gestore” il dott. Antonino Baluci, Collaboratore Professionale, Amministrativo in servizio presso l’UOC Economico Finanziario, 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”. 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) Al fine di assicurare l’effettivo inserimento dei dati nell’Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) il dott. Massimiliano Taranto, Dirigente Amministrativo, in servizio presso la U.O.C. Provveditorato, 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.3631/CS del 19/08/2023, è stato nominato “Responsabile dell’Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)”, in sostituzione del precedente RASA. 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). Il RASA accede al servizio Qualificazione consente l’invio della domanda di iscrizione nell’elenco delle stazioni appaltanti qualificate (ai sensi degli artt. 62 e 63 del D.Lgs. 36/2023), al fine di accedere alla verifica ed al successivo aggiornamento,
- 4) il Collegio Sindacale Aziendale, di particolare rilievo per l’attività di confronto e collaborazione del RPCT, dopo un periodo di vacatio dovuto a disposizioni assessoriali, è stato ricostituito in senso all’ASP nel corso del 2021, ex articolo 3-ter del decreto legislativo n. 502/1992, al fine di svolgere le funzioni tipiche previste dall’ordinamento giuridico (verificare la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del rendiconto generale alle risultanze delle scritture contabili, esaminare il bilancio di previsione e le relative variazioni, accertare, almeno ogni trimestre, la consistenza di cassa e chiedere notizie al Direttore generale sull’andamento della gestione dell’ente e, in aggiunta a tali compiti, anche quello di verificare l’amministrazione dell’Azienda sotto il profilo economico. La collaborazione, sulla scorta dell’esperienza maturata negli anni precedenti, verrà implementata nel corso del 2024;

- 5) In conformità a quanto indicato nel PNA 2019, nonché nel PNA 2022 e nel PNA 2023, nel 2024 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 della presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del presente P.I.A.O..

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 la 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 di tale sottosezione del P.I.A.O., 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 P.I.A.O.;
- 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'uopo 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, modificato con D.P.R n.81/2023 e del Codice di Comportamento Aziendale, aggiornato con delibera n.5303/CE del 28/12/2022 (rispetto al quale si sta procedendo all'ulteriore aggiornamento ai sensi del sopra citato D.P.R. 81/2023), 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, anche all'indirizzo mail prevenzione-corrruzione.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 P.I.A.O., 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 P.I.A.O..

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 la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. 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 della 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".

In particolare, nel corso del 2023 è stato effettuato da parte dell'OIV, come previsto dalla Delibera ANAC n.203 del 17/05/2023, recante "Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 30 giugno 2023 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, della predetta deliberazione ANAC ed inerenti questa ASP, di seguito indicati:

- 1) Disposizioni generali (artt. 10 e 12);
- 2) Personale (incarichi conferiti o autorizzati - art. 18);
- 3) Bandi di concorso (art. 19);
- 4) Provvedimenti (art. 23);
- 5) Bandi di gara e contratti (art. 37);
- 6) Bilanci (art. 29);
- 7) Opere pubbliche (art. 38);
- 8) Altri contenuti - Registro degli accessi (Linee guida ANAC determinazione n.1309/2016);
- 9) 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, pubblicata nella relativa sottosezione della sezione "Amministrazione trasparente", ha fatto rilevare una complessiva valutazione positiva.

Come previsto nella citata Delibera ANAC n.203/2023, l'O.I.V. ha provveduto a verificare non solo l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione oggetto di monitoraggio, ma anche loro qualità in termini di completezza, aggiornamento e formato, secondo le indicazioni che fornirà l'ANAC. In particolare, l'attestazione ha riguardato la "completezza di contenuto", al 30/06/2023 e al 30/11/2023, con pubblicazione della griglia nella relativa sottosezione di

“Amministrazione trasparente” in data 05/12/2023, comunque entro il termine del 10/12/2023.

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.

Inoltre, 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 della sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” del P.I.A.O, 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, soprattutto nel contesto di tali attività di monitoraggio e audit, partecipino attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nella predetta sottosezione del P.I.A.O.. 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”.

COLLEGIO SINDACALE

Oltre alle strutture/soggetti indicate dall’ANAC nella figura sopra riportata inerente il Sistema di gestione del rischio”, la stessa autorità ribadisce, nell’Allegato 3 del PNA 2022 – “Il RPCT e la struttura di supporto” (Cfr. sottosezione “La collaborazione tra il RPCT e gli altri organi dell’ente/società”, il necessario coinvolgimento di ulteriori attori di detto sistema al fine di incrementare l’efficacia del sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza dipende, prevenendo il coinvolgimento e la interlocuzione in tale sistema, oltre che delle altre strutture/figure richiamate nelle pagine immediatamente precedenti e successive, anche del Collegio Sindacale aziendale, al fine di completare la rete del sistema di gestione del rischio.

Sul punto, tra le varie attività meglio specificate nell’Atto Aziendale, cui si rimanda per gli specifici contenuti, rientrano tra i compiti e poteri del Collegio Sindacale la vigilanza sull’osservanza della legge, nonché le attività di ispezione e di controllo sull’operato dell’Ente,

compresa l'eventuale audizione del RPCT per chiarimenti in merito alla compliance delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza rispetto alla normativa anticorruzione, trasparenza, antiriciclaggio e antifrode. È nell'ambito di queste specifiche attività che si innesca il predetto coinvolgimento di tale organo aziendale.

Ai fini di detto coinvolgimento/interlocuzione tra i due attori, è cura del RPCT provvedere alla trasmissione al Collegio Sindacale, per opportuna conoscenza, di tutte le note e i documenti ritenuti utili.

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 successive modifiche/integrazioni, 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, e successivi aggiornamenti, da ultimo deliberazione n.5303/CS del 28/12/2022. Come sopra indicato tale codice aziendale è in corso di aggiornamento ai sensi del D.P.R. n.81/2023.

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 P.I.A.O. 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;
- c) 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";
- d) segnalano casi di personale conflitto di interessi al proprio Dirigente.
- e) 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 P.I.A.O. 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 (delibera di rinnovo incarico n.3610/CS del 15/09/2023).

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., secondo la metodologia implementata negli anni precedenti, in particolare 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, si è rilevata la necessità, nel corso del 2023, di dover procedere alla revisione e/o aggiornamento della mappatura dei processi a rischio di corruzione delle schede di alcune strutture aziendali interessate.

Riguardo all'implementazione del processo di gestione del rischio di corruzione realizzato nel corso degli ultimi anni, si rinvia ai contenuti delle analoghe sottosezioni degli anni precedenti.

Da rimarcare l'implementazione delle nuove modalità previste nel PNA 2019 secondo l'articolazione delle fasi della nuova mappatura, come di seguito indicato: Identificazione, Descrizione, Rappresentazione.

Come sopra riportato, nel 2023, 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 (nota prot. n.190394 dell'11/12/2023).

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 revisione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, di cui alle specifiche schede, è stata rilevata dalle relazioni al 1° semestre 2023 o riscontrata da alcune strutture aziendali che hanno ritenuto opportuno apportare modifiche alle schede di loro pertinenza, come di seguito indicate:

- U.O.C. Accreditamento;
- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale;
- U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera;
- U.O.C. Vigilanza sulle farmacie convenzionate e sui distributori;
- U.O.C. Provveditorato;
- U.O.C. Tecnico;
- U.O.C. Affari Generali.

Come previsto dalla procedura di predisposizione e adozione della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", è stata condotta la consueta Consultazione pubblica avviata da questa A.S.P., dal 22/12/2023 al 07/01/2024, a seguito della quale non sono pervenute proposte ed osservazioni da degli stakeholder.

Si fa, altresì, rilevare che già nel 2022, a seguito del D.L. n.76/2020, convertito con modificazioni in L. n.120/2020, c.d. "decreto semplificazioni", recante numerosi correttivi, sia di carattere transitorio che definitivo, inerenti sia al Codice dei Contratti di cui al d.lgs. n.50/2016, che hanno comportato semplificazioni e snellimento di procedure, nonché a seguito del D.L. n.77/2022, convertito con modificazioni in L. n.108/2022 (interventi derogatori a seguito del PNRR), in base ai quali sono stati previsti processi derogatori relativi alle procedure di affidamento, si è proceduto alla implementazione di ulteriori misure specifiche per entrambe le sopra citate normative che hanno interessato la U.O.C. Provveditorato e la U.O.C. Tecnico, come specificamente suggerito nel PNA 2022.

Il settore degli appalti pubblici è stato profondamente interessato anche dall'entrata in vigore del D.Lgs n.36/2023, c.d. nuovo Codice di Contratti, in parte a partire dal 1° luglio 2023, in parte dal 1° gennaio 2024. Tali modifiche normative hanno caratterizzato anche il PNA 2023, sulla scorta di quanto già avvenuto col PNA 2022, soprattutto in tema di semplificazione e PNRR.

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 "PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE", nella sottosezione "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 "specifica") riportate nel predetto Allegato 1 al PNA 2019,

numerare 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' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

Riguardo alla metodologia si fa espresso riferimento a quanto pedissequamente implementato 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 avviata 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".

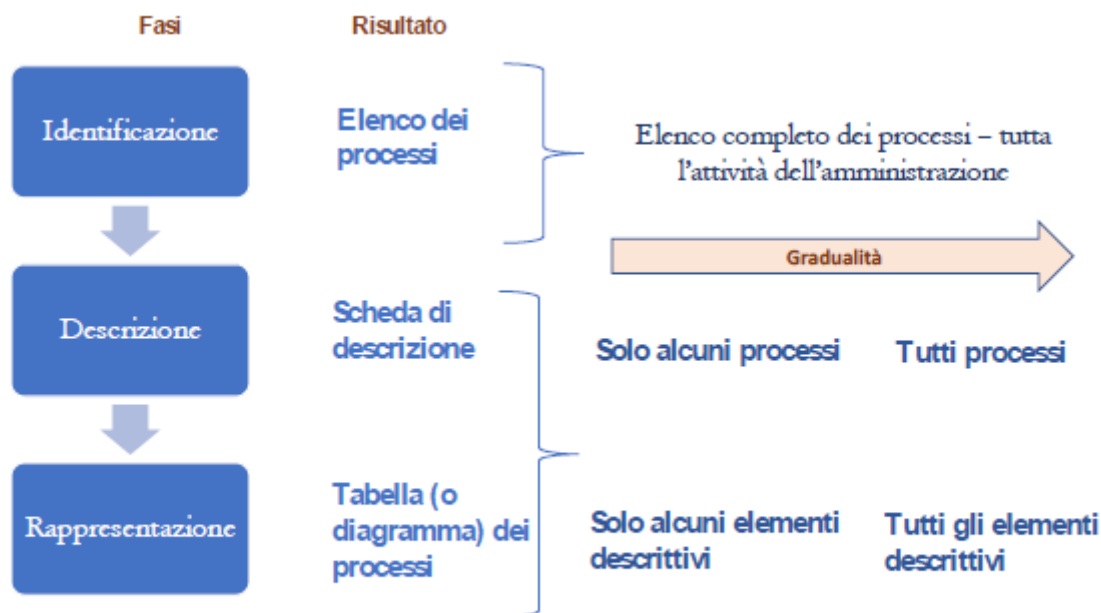
A tal fine, si definisce "**Processo**" una "sequenza di attività interrelate ed interagenti che trasformano delle risorse in un output destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente)".

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: <ul style="list-style-type: none">➤ 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 nei precedenti Piani anticorruzione aziendali 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. 2024-2026**, 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
<ul style="list-style-type: none"> ➤ 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

	Attività n	U.O. n

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, da ultimo con deliberazione n.120/CS dell'11/01/2024, 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.

Come già descritto nelle pagine precedenti è risultato fondamentale l'integrazione con l'Internal Auditor e il relativo Gruppo di Lavoro di supporto all'I.A..

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, come modificato dal D.P.R. n.81/2023, 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, anche a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19, negli anni precedenti 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 è stata ripresa ed implementata nel corso del 2023 per le strutture aziendali residuali. Nel corso del 2024 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).

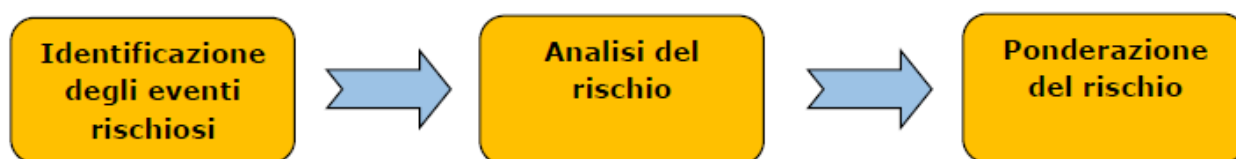
A tal fine, come auspicato nel Decreto n.132/2022 riguardo ai processi da digitalizzare / reingegnerizzare, saranno individuate modalità che tenderanno sempre più all'utilizzo di strumenti e soluzioni informatiche idonee a facilitare la rilevazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni 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, 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 Piani anticorruzione aziendali, 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.

Nel corso di questi ultimi anni sono state programmare 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 Piani anticorruzione aziendali, 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 di 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 Piano anticorruzione aziendale);
 - 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.

Richiamando quanto già espresso nelle precedenti analoghe sottosezioni del P.I.A.O. degli anni precedenti, si rappresenta che 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 rispetto alla metodologia utilizzata negli precedenti al 2020, valutando, di volta l'opportunità valutando la necessità/opportunità della revisione delle misure già esistenti o della introduzione di nuove misure.

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. 2024-2026**), 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 strutture 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 e nel PNA 2022, 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.

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.

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 incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato	ALTO	Ampia discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, che comporta la necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		MEDIO	Apprezzabile discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, che comporta la necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		BASSO	Modesta discrezionalità, riguardo sia alla definizione di obiettivi operativi, che alle soluzioni organizzative da adottare, ed assenza di situazioni di emergenza
3	Manifestazioni di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l'attività è stata già oggetto di un evento corruttivo in passato nell'amministrazione o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili	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

	gli eventi corruttivi		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
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	ALTO	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Azienda

	può comportare nel normale svolgimento delle attività 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.

Altri 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 malagestio 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	

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, 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 Piani anticorruzione aziendali, 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 scadenzate 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 Piani anticorruzione aziendali 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 questa sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", 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 e dinamico su tre annualità, le schede non aggiornate (Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri – in parte, UOC Provveditorato, UOC Tecnico, UOC Economico Finanziario) saranno trattate nel corso del 2024.

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 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 Piani anticorruzione aziendali 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 inadeguate.

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.. 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.

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 (ora sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza) 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 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.

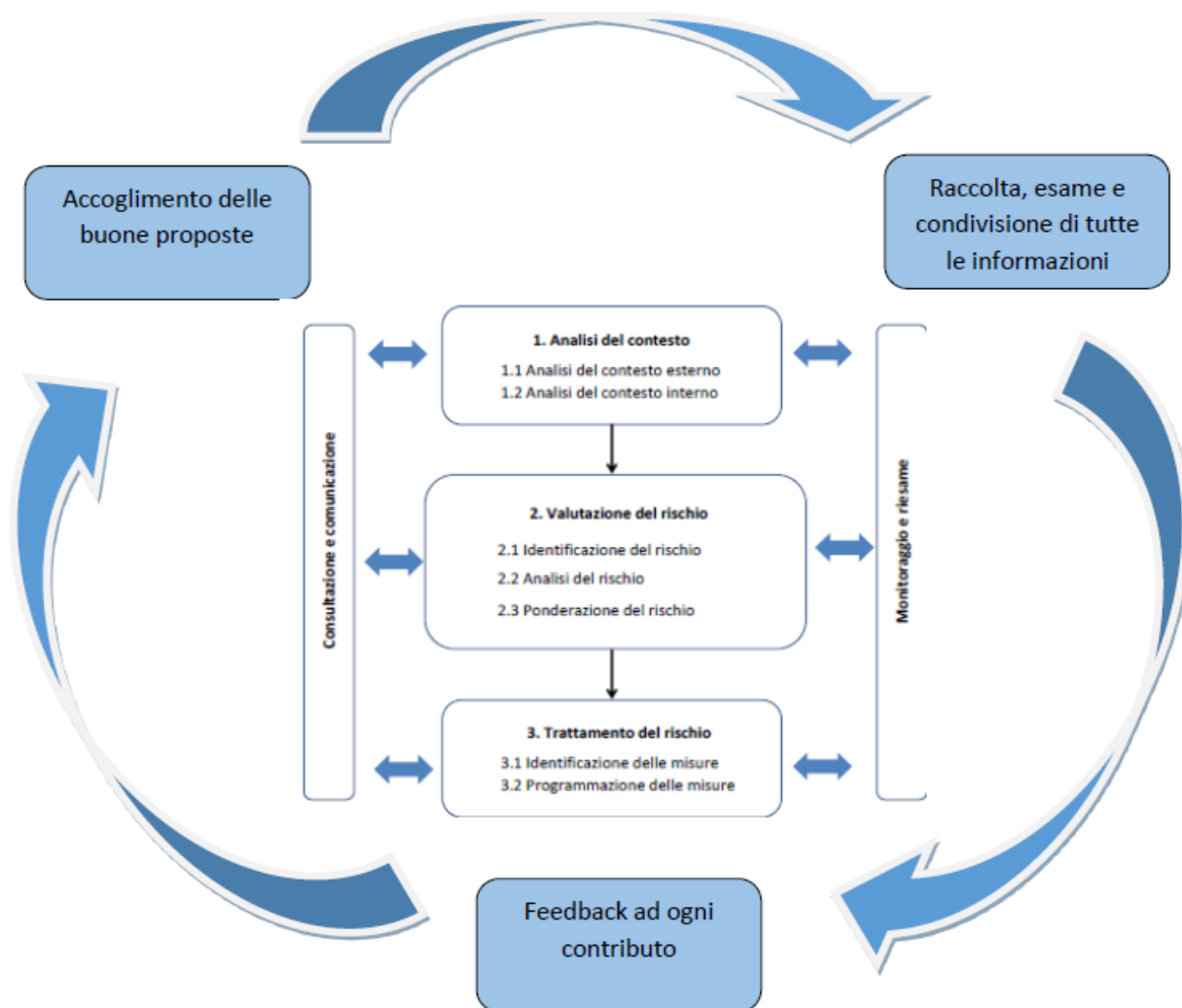
Le tempistiche, i contenuti e le modalità di svolgimento delle suddette attività di comunicazione sono definite nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" nel rispetto degli obblighi normativi e coerentemente con le altre componenti del sistema di gestione del rischio.

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 appartenenza, 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 della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del presente P.I.A.O., 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.195008 del 18/12/2023), al fine di acquisire, dal 22/12/2023 al 07/01/2024, 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 relativa sottosezione del P.I.A.O. 2023-2025, 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.

L'obiettivo primario del PNRR è quello 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, ognuna delle quali è rivolta agli attori del settore corrispondente sia del settore privato, che della Pubblica Amministrazione e che, quindi, 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

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.

Come indicato nel P.I.A.O 2023-2025 – sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", laddove è stato fatto espresso richiamo al PNRR e alla necessità di dover implementare misure di controllo e monitoraggio delle attività relative alle Missioni, si è fatto particolare riferimento alla Missione 6- "Salute" e alle componenti M6.C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale M6.C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, ossia le componenti che vedono coinvolta questa A.S.P. quale "soggetto attuatore esterno", rispetto al CIS (Contratto Istituzionale di Sviluppo) sottoscritto tra il Ministero della Salute e le Regione Siciliana in data 30/05/2022, comprendente il Piano Operativo Regionale (POR), nonché il Piano Nazionale degli Investimenti Complementari (PNC), di cui al D.A. 668/20200 del 29/07/2022.

Sul punto si fa specifico riferimento ai seguenti obiettivi e componenti e strutture interessate.

<p>Obiettivi M6.C1</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Componente 1 (affidente alle ASP)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Case della Comunità (CdC) - Centrali Operative Territoriali (COT) - Ospedali di Comunità (OdC)

<p>Obiettivi M6.C2</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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.
<p>Componente 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ospedali Sicuri e sostenibili (adeguamenti sismici di cui al DA 765/2021) - Ammodernamento tecnologico – Grandi Apparecchiature - Ammodernamento tecnologico – Digitalizzazione dei DEA

Attesa la necessità di dover monitorare in ambito aziendale le attività poste in essere, con particolare riferimento ai contratti pubblici PNRR e PNC, come indicato dall'ANAC nel PNA 2022, è stato richiesto alle UU.OO.CC. competenti (Provveditorato e Tecnico), sotto il coordinamento e monitoraggio del Direttore di Dipartimento, di relazionare in merito all'attuazione delle misure PNRR, per la parte di competenza, elencando anche gli atti deliberativi, con indicazione delle procedure dei contratti pubblici e delle altre attività inerenti il PNRR, relative agli Obiettivi PNRR e Componenti sopra indicati.

Si è fatto espresso riferimento, ad esempio, al piano triennale dei lavori pubblici, qualora finanziabili e finanziati dalle misure M6 del PNRR, per cui è prevista la procedura di monitoraggio per questi casi prevista dalle Circolari MEF – Ragioneria Generale dello Stato emanate in merito, mediante la creazione, nella sezione "Amministrazione trasparente" di una sottosezione denominata "Attuazione misure PNRR", cui fa riferimento l'art. 9 del D.L. n.77/2021, con specifico riferimento alle amministrazioni centrali per l'attuazione delle misure del PNRR. In particolare, la circolare n.27 del MEF del 21/06/2022 precisa che le amministrazioni centrali dovranno impiegare, per il monitoraggio dello stato di avanzamento lavori, la piattaforma REGIS creata con RGS. Quanto precede anche sulla scorta di quanto indicato nel PNA 2022.

Sempre riguardo all'alimentazione del sistema unitario informativo REGIS, con specifico riferimento alle norme di prevenzione antiriciclaggio, al conflitto di interessi e al "Titolare effettivo", la centrale di committenza ha adottato e allegato uno specifico modello dedicato denominato "sub allegato 3", debitamente compilato dagli operatori economici, che rientra tra la documentazione amministrativa prodotta dagli stessi in fase di gara.

Tutto ciò in considerazione che per la Sanità l'amministrazione centrale è rappresentata dal Ministero della Salute, che di fatto delega a cascata l'attuazione delle misure ai "Soggetti Attuatori", ovvero la Regione, e in seconda fase ai "Soggetti Attuatori Esterni", tra cui rientra anche questa A.S.P..

Per quanto precede, lo scrivente ha ritenuto opportuno, seppur non esplicitamente indicato nelle circolari MEF – RGS, di procedere alla creazione della citata sottosezione “Attuazione misure PNRR” nella Sezione “Amministrazione trasparente” di questa A.S.P., nella sottosezione “Altri contenuti”.

È stato già rappresentato, a tal fine, che gli enti del SSN (per il tramite dei singoli RUP per singola progetto di misura attuato) sono tenuti a caricare i dati richiesti con cadenza mensile (entro il 10-mo giorno del mese successivo rispetto al mese di riferimento) sulla piattaforma REGIS, monitorati in seconda fase, Ministero della Salute. Il monitoraggio sull'attuazione di queste misure consegue all'attuazione e svolgimento di queste attività anche impiegando le check list di cui all'allegato 8 del PNA 2022, quale aiuto operativo anche per il monitoraggio interno di 1° livello, nonché di 2° livello a cura del RPCT o altra struttura aziendale appositamente individuata per la verifica e attuazioni di questi controlli e adempimenti sulla piattaforma REGIS.

Per quanto precede, si è proceduto alla pubblicazione sopra indicata, delle delibere delle UU.OO.CC. Provveditorato, Tecnico e Patrimonio, per la parte di competenza, per gli anni 2022 e 2023. Ciò al fine di consentire di rilevare le informazioni di interesse, come indicato dalla stessa ANAC, secondo quanto riportato di seguito, con il rinvio alla sezione “Bandi di gara e contratti”:

- a) la tipologia (legge, decreto legislativo, decreto-legge, decreto ministeriale, decreto interministeriale, avviso, ecc.);
- b) il numero e la data di emissione o di adozione dell'atto, con il link ipertestuale al documento;
- c) la data di pubblicazione;
- d) la data di entrata in vigore;
- e) l'oggetto;
- f) la eventuale documentazione approvata (programma, piano, regolamento, ...) con il link ipertestuale al documento;
- g) le eventuali note informative.

Pertanto, come sopra esposto, si è proceduto alla pubblicazione delle relative informazioni nella sezione “Attuazione misure PNRR” nella sottosezione “Altri contenuti” della sezione “Amministrazione trasparente”.

Quanto sopra, considerato che gli ambiti di intervento di tali missioni riguardano anche la sanità pubblica. Come anzidetto con particolare riferimento alla Missione 6, settore già di per se critico, che in questi ultimi 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.

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% 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 Centrali Operative Territoriali, il cui numero è stato ridimensionato nel tempo. 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 e, in generale, per una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Ulteriori importanti interventi sono previsti anche 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.

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 già specificato nell'analoga sottosezione del P.I.A.O 2023-2025.

Rispetto alla COMPONENTE 1, si riporta a seguire il nuovo elenco delle strutture individuate per gli interventi PNRR per tipologia di intervento.

Tipologia di intervento	Provincia	Comune	Indirizzo
Ospedale di Comunità	MESSINA	MESSINA	VIALE GIOSTRA
Ospedale di Comunità	MESSINA	MESSINA	VIALE GIOSTRA
Ospedale di Comunità	MESSINA	TAORMINA	P.ZZA SAN FRANCESCO DI PAOLA
Ospedale di Comunità	MESSINA	S.AGATA DI M.LLO	VIA CATANIA
Ospedale di Comunità	MESSINA	BARCELLONA P.G.	VIA RISORGIMENTO SNC
Ospedale di Comunità	MESSINA	PATTI	C/DA CASE NUOVE RUSSO SNC
Case della Comunità	MESSINA	MILAZZO	VIA IMPALLOMENI
Case della Comunità	MESSINA	VALDINA	S.P. 58 -FRAZIONE TRACOCCIA
Case della Comunità	MESSINA	SANTO STEFANO DI CAMASTRA	C/DA PASSO BARONE SNC
Case della Comunità	MESSINA	S.AGATA DI M.LLO	VIA CATANIA
Case della Comunità	MESSINA	CASTELL'UMBERTO	VIA CESARE BATTISTI
Case della Comunità	MESSINA	SAN SALVATORE DI FITALIA	VIA CADUTI SUL LAVORO
Case della Comunità	MESSINA	MISTRETTA	VIA GIOVANNI VERGA
Case della Comunità	MESSINA	NOVARA DI SICILIA	VIA S. SALVATORE
Case della Comunità	MESSINA	CAPO D'ORLANDO	VIA STANISLAO MANCINI
Case della Comunità	MESSINA	MONTALBANO ELICONA	VIA S. PERTINI
Case della Comunità	MESSINA	ROCCALUMERA	VIA MARCO POLO

Case della Comunità	MESSINA	SANT'ALESSIO SICULO	VIA SIENA
Case della Comunità	MESSINA	SAN PIERO PATTI	VIA PROFETA
Case della Comunità	MESSINA	BROLO	VIA KENNEDY
Case della Comunità	MESSINA	SANTA DOMENICA DI VITTORIA	VIA NAPOLI
Case della Comunità	MESSINA	MESSINA	VIALE GIOSTRA
Case della Comunità	MESSINA	PATTI	VIA CATTANEO
Case della Comunità	MESSINA	BARCELLONA P.G.	VIA SALVATORE CATTAFI
Case della Comunità	MESSINA	MESSINA	VIA DEL VESPRO
Case della Comunità	MESSINA	MESSINA	S.S.114 KM5,400
Case della Comunità	MESSINA	LIPARI	VIA SAN GIORGIO
Ospedale sicuro	MESSINA	PATTI	VIA MAZZINI
Ospedale sicuro	MESSINA	BARCELLONA P.G.	VIA CATTAFI
Ospedale sicuro	MESSINA	TAORMINA	C.DA SIRINA
Ospedale sicuro	MESSINA	MILAZZO	MADONNA DELLE GRAZIE
Ospedale sicuro	MESSINA	MISTRETTA	VIA ANNA SALAMONE
Ospedale sicuro	MESSINA	S.AGATA DI M.LLO	VIA NAZIONALE
Ospedale sicuro	MESSINA	LIPARI	VIA S. ANNA
Centrali Operative Territoriali	MESSINA	MILAZZO	EX INAM- VIA IMPALLOMENI
Centrali Operative Territoriali	MESSINA	MESSINA	EX MANDALARI- EX INVALIDI
Centrali Operative Territoriali	MESSINA	LIPARI	SAN GIORGIO
Centrali Operative Territoriali	MESSINA	TAORMINA	POL. SANT'ALESSIO SICULO
Centrali Operative Territoriali	MESSINA	BARCELLONA P. G.	VIA CATTAFI
Centrali Operative Territoriali	MESSINA	PATTI	VIA CATTANEO
Centrali Operative Territoriali	MESSINA	S. AGATA DI M.LLO	VIA CATANIA

Rispetto alla Componente 2 si riporta analogo elenco prodotto lo scorso anno.

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.llo (FC)
- Adeguamento sismico P.O. Lipari (FC)
- Digitalizzazione dei DEA
- Grandi Apparecchiature

Come già rappresentato lo scorso anno, ai fini del 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 Gruppi di lavoro, 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).

Come rappresentato gli anni precedenti, 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 30/05/2022 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 per il 2023.

In merito al PNRR, come già relazionato lo scorso anno, la U.O.C. Patrimonio ha collaborato 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 U.O.C. 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.

Sul punto, oltre a quanto già rappresentato per il 2022, si precisa che l'A.S.P. di Messina ha stipulato i seguenti contratti per trasferire, momentaneamente, per trasferire, temporaneamente, i servizi ubicati nelle strutture oggetto di PNRR:

- Comodato d'uso gratuito tra l'Asp e il Comune di Capo D'Orlando per l'immobile sito in Capo D'Orlando "Area ex scalo merci";
- Protocollo d'intesa tra l'Asp e il Comune di San Salvatore di Fitalia per l'utilizzo ad uso gratuito dell'immobile sito in via Caduti sul lavoro n. 21;
- Contratto di comodato d'uso tra l'Asp e il Comune di Castell'Umberto per i locali dell'ex Centro Servizi sito in contrada Morello, Zona Artigianale;
- Protocollo d'intesa tra l'Asp e il Comune di Sant'Agata Militello per l'utilizzo gratuito e temporaneo di una porzione dell'immobile sito in via Duca d'Aosta n. 67;
- Contratto di comodato d'uso gratuito tra l'Asp e il Comune di Sant'Alessio per i locali dell'immobile sito in Sant'Alessio siculo via Musumeci;

- Contratto di locazione tra l'Asp e l'Istituto Sacro Cuore Caterina e Giulia Zito, sito in Sant'Agata di Militello via Biagio Pitillo n. 7.
- Contratto di comodato d'uso gratuito tra l'Asp e l'ARPA, per i locali siti in Messina via A. Saffi n. 2.
- Comodato d'uso gratuito tra l'Asp e il Comune di Capo D'Orlando per i locali dell'immobile sito in Capo D'Orlando in via Forno Alto n. SNC Piano ;
- Contratto di comodato d'uso tra l'Asp e il Comune di Milazzo per l'immobile sito in Milazzo in via Impallomeni n 35.

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 deliberazioni riportate negli elenchi anni 2022 e 2023, pubblicate nella sezione "Attuazione misure PNRR", cui si rinvia. Quanto descritto ulteriormente rispetto a quanto rappresentato nell'analoga sezione del P.I.A.O. 2023-2025.

La U.O.C. Tecnico ha rappresentato che per le opere del PNRR e del PNC, nonché dei programmi cofinanziati dai Fondi strutturali dell'Unione Europea, ivi comprese le infrastrutture di supporto ad essi connesse, anche se non finanziate con dette risorse, trovano applicazione il D.L. n.77/2021, convertito con modificazioni in L. n.108/2021, il D.L. n.13/2023, convertito con modificazioni dalla L. n.41/2023, nonché le disposizioni del nuovo Codice dei Contratti, di cui al D.Lgs. n.36/2023 (art.225) che corrispondono alle analoghe disposizioni del precedente Codice di cui al D.Lgs. n.50/2016, ormai abrogato, ed ancorale disposizioni legislative finalizzate alla semplificazione e agevolazione della realizzazione degli obiettivi stabiliti dal PNRR, dal PNC e dal Piano nazionale integrato per l'energia e il clima 2030, di cui al regolamento (UE) 2018/199 del Parlamento Europeo e del Consiglio, dell'11/12/2018.

Nell'ambito del PNRR e del PNC l'ASP di Messina ha deciso di avvalersi dell'Agenzia INVITALIA quale Centrale di Committenza (delibere n.1270 e 1271 del 2023, per l'espletamento delle procedure di gara aperta, ai sensi degli artt.54 e 60 del D.Lgs. n.50/2016, per la quale, in data 25/07/2023, è stato adottato provvedimento di aggiudicazione relativa all'appalto integrato (presa d'atto con deliberazione n.3583/2023), e, in data 01/08/2023 e 16/11/2023, per l'aggiudicazione dei servizi di collaudo (presa d'atto con deliberazione n.4812/2023). In atto si sta procedendo secondo le prescrizioni del Soggetto Attuatore.

Per i dettagli relativi ai provvedimenti adottati, si rinvia ai sopra citati elenchi delle delibere pubblicate nella sezione "Attuazione misure PNRR". Quanto descritto ulteriormente rispetto a quanto rappresentato nell'analoga sezione del P.I.A.O. 2023-2025.

Riguardo alle specifiche misure di prevenzione della corruzione, previa opportuna mappatura dei processi e ponderazione dei rischi "inerenti", è stata implementata una specifica scheda (Area 3 - n.5) per le UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico, direttamente interessate dai citati processi, dove sono state riportate alcune delle misure suggerite dall'ANAC nel PNA 2022, con specifico riferimento al D.L. 76/202 (Semplificazione), convertito in L. n.120/2020, e al D.L. 77/2021, convertito in L. n.108/2021, con la previsione di audit per le verifiche a campione previste nel cronoprogramma 2023, effettuati rispettivamente in data 19/10/2023 e 29/11/2023, con esito positivo in entrambi.

A seguito dell'adozione dell'aggiornamento 2023 al PNA, di cui alla delibera ANAC n.605 del 19/12/2023, che ha previsto ulteriori nuove misure, sostitutive di quelle previste nel PNA 2022, sono state introdotte quasi tutte le misure suggerite dalla stessa Autorità rispetto al per i relativi rischi connessi al D.Lgs. n.36/2023 e al D.L. 77/2021, conv. in L. n.108/2021 relativamente ai contratti pubblici finanziati in tutto o in parte con le risorse del PNRR, per i quali dettagli si rinvia alla sezione delle Aree di rischio e relative misure della presente sottosezione.

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'U.O.S. Formazione e Aggiornamento, il Regolamento sulla partecipazione dei dipendenti ad eventi sponsorizzati.

Riguardo alle sperimentazioni, il Codice di Comportamento Aziendale prevede specifica formazione per tale area di rischio, nonché modalità di comportamento per l'impiego di risorse

o contributi, quali regali o altre utilità, ulteriori rispetto a quelli previsti da specifica regolamentazione aziendale.

Inoltre, come previsto dall'ANAC tra le aree di rischio specifico, dapprima nel PNA 2015 e successivamente con specifico approfondimento nel PNA 2016, nonché Nelle Linee Guida ANAC n.358/2017, a cui ha fatto seguito specifica richiesta dell'Assessorato della Salute in merito alla relativa regolamentazione, con deliberazione n.8523/CS del 28/02/2023 è stato adottato, dalla U.O.C. Coordinamento Staff Direzione Generale, il "Regolamento per la procedura amministrativa relativa alla conduzione di ricerche sperimentazione di ricerche e sperimentazione cliniche", inerente anche la ripartizione dei proventi derivanti dalle attività di sperimentazioni cliniche, secondo i criteri indicati nel citato PNA 2016, essendo tale ambito tra i 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 della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O., 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.

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

Esso 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.

Come rappresentato nel 2022, 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.

Nel 2023, si è stato ulteriormente proceduto ad un ulteriore aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale ai sensi del D.P.R. n.81/2023, che ha modificato il D.P.R. n.62/2013, nonché del D.Lgs. n.24/2023 e successive Linee Guida ANAC n.311/2023 in materia di whistleblowing (per cui si è reso necessario anche l'aggiornamento anche del relativo Regolamento Aziendale - Deliberazioni n. delibera 2916/CS del 14/07/2023 e n.3072/CS del 25/07/2023. E' in corso di perfezionamento l'aggiornamento del Codice di Comportamento, a seguito della consueta procedura che ha visto coinvolti nella consueta concertazione e condivisione il RPCT e l'UPD, previa debita consultazione pubblica tenutasi mediante procedura aperta dal'01/12/2023 al 13/12/2023, senza alcun contributo da parte degli stakeholder, previsto parere tecnico obbligatorio da parte dell'O.I.V.. A seguito di ulteriori osservazioni da parte di tale Organismo riguardo la piena compliance rispetto ai contenuti del D.P.R. n.81/2023, si sta procedendo al pedissequo aggiornamento.

Si rappresenta, altresì, che anche nel PFA 2024, adottato con deliberazione n.140/CS del 12/01/2024, sempre in collaborazione col 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 anticiclaggio. 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

Come già rappresentato nei precedenti Piani anticorruzione aziendali, 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.

Invece, nel PNA 2019 viene dato particolare rilievo alla rotazione *“ordinaria”*, dedicando 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 determinate 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 2023 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.

Riguardo alle rotazioni avvenute negli anni scorsi si rinvia a quanto già rappresentato nell'analoga sottosezione del P.I.A.O. 2023-2025. Si rinvia a tale P.I.A.O. anche per quanto attiene al lavoro agile, c.d. "smart working", attuato a seguito dell'emergenza sanitaria da Covid-19.

Nel corso del 2023, 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.10 proroghe di 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 e le procedure di stabilizzazione che hanno interessato i dipendenti a tempo determinato in possesso degli specifici requisiti di legge, 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 2023, 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; è stato assegnato l'incarico di sostituzione del M.D. di Taormina-Messina sud (art.22); inoltre, dalla direzione del Dipartimento è stato individuato un dirigente medico per coordinare le attività gestionali e organizzative del M.D. Milazzo- Lipari; il personale del comparto viene mobilitato in funzione delle necessità interne delle UU.OO.CC.; il M.D. Milazzo-Lipari lamenta difficoltà nelle rotazione e criticità dovute alla carenza di personale;
- 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. S.I.A.O.A. vengono sistematicamente ruotate le assegnazioni degli stabilimenti laddove sono stati comunicati eventuali conflitti di interessi; per la U.O.C. SIAOA, secondo le esigenze di servizio, tenendo conto anche delle dichiarazioni di conflitto di interessi del personale della U.O.C., nel 2023 è stata ruotata l'assegnazione del 60% degli stabilimenti riconosciuti CE e 100% delle attività registrate; per la U.O.C. SIAPZ, non è possibile attuare in quanto vi è carenza assoluta di personale, tanto che in alcuni distretti periferici, in cui manca completamente la figura dell'operatore SIAPZ, si sopperisce con interventi di servizio dalla sede centrale del Dipartimento; 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: il Dipartimento non risulta assegnatario di specifico personale per poter attuare la rotazione; per la U.O.C. Riabilitazione Adulti e Minori Area Metropolitana, ad inizio anno e dopo il 1° trimestre e a metà anno sono state già fatte delle variazioni del personale delle commissioni di controllo dei centri convenzionati, personale scelto per estrazione a sorte, riguardo alla attività di Assistenza Integrativa e Protesi, la commissione non è stata cambiata in tutte le sue parti, ma riadattata aumentando anche i membri della stessa per necessità di ulteriori attività specialistiche; per la U.O.C. Riabilitazione Età Evolutiva Area Cittadina vi è un unico dirigente medico coadiuvato tra giorni la settimana da altro dirigente medico proveniente da altra U.O.; la U.O.C. Assistenza Sanitaria Pazienti Fragili 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, mentre un terzo dirigente ha ripreso servizio ad aprile 2023;
- Dipartimento di Prevenzione: nonostante la carenza cronica di personale medico ed infermieristico si è proceduto, quando possibile, alla rotazione sotto forma di rotazione per sostituzione del personale in modo da assicurare la continuità delle attività;
- U.O.C. SPEM: nonostante la carenza cronica di personale medico ed infermieristico si è proceduto, quando 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, 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 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; un solo medico nel Servizio di Medicina Legale e Fiscale nel 1° semestre 2023;
 - Distretto Sanitario di Messina: stante la grave carenza di personale, si è proceduto ad effettuare gli interventi di rotazione possibili compatibilmente con le risorse disponibili;
 - Distretto Sanitario di Milazzo: già effettuata negli anni precedenti, Ne 1° semestre 2023 si è provveduto all'affiancamento di un Dirigente Medico al Servizio Assistenza Integrativa e Protesica.;
 - Distretto Sanitario di Barcellona PG: ove possibile è stata effettuata la rotazione del personale interessando gli uffici Anagrafe, Liquidazione e Segreteria del Distretto, compatibilmente con le carenze croniche di organico;
 - Distretto Sanitario di Lipari: per la grave carenza di personale e della condizione di sede disagiata, si è proceduto all'affiancamento in raddoppio per ogni servizio grazie all'invio temporaneo di personale da parte della Società SAS Scpa in convezione con l'A.S.P.;
 - 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 Taormina: la rotazione è considerata uno strumento ordinario dell'utilizzo delle risorse umane disponibili. L'attenzione alla rotazione degli incarichi e all'alternanza delle figure nei vari servizi è stata massima con particolare attenzione ai Poliambulatori; un solo dirigente medico nel 1° semestre per il servizio di Medicina Legale e Fiscale;
 - U.O.C. Patrimonio: le variazioni in entrata e in uscita dall'UOC negli anni precedenti e l'assegnazione di un assistente geometra hanno consentito la rotazione naturale del personale;
 - U.O.C. Coordinamento Attività Consultoriali: il personale non è stato sottoposto a rotazione per grave carenza della dotazione organica, segnalata più volte;
 - 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
 - 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, aspettativa, etc.. che rendono difficoltosa la programmazione delle attività; nelle attività ispettive, quando 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 e alla distribuzione del carico di lavoro anche in considerazione del personale neo assunto;
 - 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 ulteriori collaboratori amm.vi a seguito dell'assegnazione di una nuova unità di personale in comando e il venire meno di due unità per trasferimento presso altro ufficio e assunzione altra amministrazione: le nuove assunzioni hanno consentito una rotazione nella distribuzione di alcune pratiche, già affidate ad altri funzionari; necessario un incremento del personale per garantire continuità alla procedura amministrative;
 - 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 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 Milazzo: Non si sono manifestate circostanze che hanno richiesto la rotazione straordinaria, ad eccezione dei servizi ad alto rischio di corruzione; compatibilmente con il personale dipendente a disposizione si è sempre cercato di operare una rotazione presso la cassa ticket e la sala mortuaria;
 - Presidio Ospedaliero di Mistretta: confermate e, in alcuni casi, 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;
 - Presidio Ospedaliero di Patti: non sono stati disposti provvedimenti di rotazione per la grave carenza di personale;
 - 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 Lipari: il ridotto numero di personale sanitario rispetto alla dotazione della pianta organica, impone il frequente spostamento dei professionisti sanitari nei vari reparti ove se ne presenti l'improvvisa carenza in organico al fine di ottemperare ai LEA e alla mission aziendale;
 - Presidio Ospedaliero di Taormina – Direzione Amministrativa: nell'ambito di tale Direzione non si svolgono le attività a c.d. alto rischio legate al reclutamento del personale ed alle procedure di gara finalizzate alla acquisizione di beni o servizi; si è

- proceduto con rotazione ordinaria (assegnazione ad altro ufficio), altri dipendenti sono stati collocati in quiescenza, per gli Uffici dove la misura si è resa disponibile (Stipendi, Beni e Servizi) si è proceduto a percorsi di affiancamento e contestuale condivisione mediante collaborazione tra i diversi ambiti di competenza; non si sono verificate circostanze per l'applicazione della rotazione straordinaria;
- U.O.C. Coordinamento Staff Direzione Generale: è stata effettuata la rotazione funzionale del personale, ruotando le assegnazioni delle pratiche;
 - U.O.S. Formazione e Aggiornamento: Considerata la cronica carenza di risorse umane e il personale in atto in dotazione non è possibile la rotazione;
 - 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 nuove unità di personale ha consentito la redistribuzione dei carichi di lavoro ed una rotazione dei dipendenti;
 - U.O.C. Acquisizione Prestazioni Sanitarie: nel corso del 1° semestre sono state assegnate 2 unità operative a t.i., che hanno ricoperto i posti vacanti. Si è provveduto alla distribuzione del carico di lavoro fra i dipendenti, con sottrazione di alcune aree già di competenza a chi è in servizio da tempo e assegnazione ai recenti subentrati, 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 grave carenza di personale amministrativo non consente di attuare la rotazione degli incarichi del personale, in quanto comporterebbe la dispersione delle conoscenze e delle competenze con conseguente rischio di allungamento dei tempi di riscontro e di differimento dei tempi procedurali, nonché il rischio di commissione di errori;
 - U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione: la rotazione consiste nel cambio di assegnazione delle strutture di pertinenza dei singoli Medici Competenti, con cadenza triennale, è stata effettuata nel mese di marzo 2023;
 - 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 2023 ha fatto registrare, ove possibile, l'implementazione della misura in quasi tutte le strutture aziendali, come rilevato nel report all'uopo predisposto, dal quale si rileva, in tutte le UU.OO. aziendali, la 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.

Nel 2024, 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, i Piani anticorruzione aziendali hanno previsto l'applicazione a tutte le aree di rischio della misura della compilazione dell'apposita "dichiarazione di sussistenza/insussistenza di conflitto", in merito agli interessi e/o alle relazioni che possono coinvolgere da parte di tutti i dipendenti di tutti i ruoli, modello che è stato elaborato ed adottato, sin dal 2015, dal RPCT pro-tempore, 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. 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 sopra 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 dell'ANAC 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. Il nuovo Codice di Contratti, di cui al D.Lgs. n.36/2023, richiama, con alcune modifiche, tale misura.

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. Tali informazioni vengono inserite sul sistema unitario informativo REGIS, come da specifiche circolari MEF - RgS, con particolare riferimento alle norme di prevenzione antiriciclaggio, al conflitto di interessi e al "Titolare effettivo", a seguito delle quali la Centrale di Committenza ha adottato e allegato uno specifico modello dedicato denominato "sub allegato 3", debitamente compilato dagli operatori economici, che rientra tra la documentazione amministrativa prodotta dagli stessi in fase di gara.

Nell'anno 2024 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 2024 saranno tenuti specifici eventi formativi per tutti i dipendenti (Piano Formativo per l'anno 2024 - PFA della U.O.S. Formazione ed Aggiornamento - deliberazione n.140/CS del 12/01/2024).

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 palesassero 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", acquisisce 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 inconferibili e incompatibili», cui si rinvia.

Come ogni anno, in conformità alla Delibera ANAC n.149/2014, il RPCT procede alla verifica delle dichiarazioni rese dai Direttori Sanitario e Amministrativo protempore, rese ai sensi del D.L.gs. n.39/2013, da parte dei Direttori Amministrativi e Sanitari protempore, sulla scorta della documentazione acquisita.

La verifica delle dichiarazioni di inconferibilità di incarichi del personale o incarichi esterni (U.O.C. Gestione del Personale Dipendente, U.O.C. Assistenza Sanitaria di Base, U.O.C. Gestione del Personale Convenzionato, U.O.C. Affari Generali) 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 inconferibilità 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 inconferibilità o di incompatibilità».

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

VIGILANZA SUL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INCONFERIBILITÀ 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.AC. 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 Piani anticorruzione aziendali 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 procedimento²² 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. Pertanto, con nota prot. n.5314 del 16/01/2020, il RPCT pro-tempore 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, allora svolgono 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, è stato richiesto alle UU.OO. interessate di verificare gli adeguamenti in materia di *pantouflage* (nota prot.

n.189255 del 07/12/2023), 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.

Nel corso del 2023, come dai riscontri delle UU.OO. interessate (U.O.C. Provveditorato e U.O.C. Tecnico) non sono state riferite fattispecie riferibili alla misura in argomento.

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.

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALE ILLECITI (WHISTLEBLOWER)

Nel 2023, a seguito della emanazione del D.Lgs. n.24/2023 (di recepimento della Direttiva UE 2019/1937), che ha abrogato l'art.54 bis e del D.Lgs. n.165/2001, a suo tempo introdotto dalla L. n.190/2012)) e delle successive Linee Guida ANAC n.311/2023, si è proceduto all'aggiornamento del Regolamento Aziendale in materia di "whistleblowing" (deliberazioni n.2916/CS del 14/07/2023 e n.3072/CS del 25/07/2023).

Nei PNA dell'ANAC, a partire da quello del 2013, è stata prevista la tutela del dipendente che segnala un illecito quale misura obbligatoria, la cui attuazione deve essere prevista nel Piano Anticorruzione aziendale, attualmente inserita nella relativa sottosezione del P.I.A.O., come specifica misura.

In particolare, il D.Lgs. n.24/2023, oltre a integrare ulteriori soggetti che possono effettuare le segnalazioni di illeciti e prevedere ulteriori fattispecie di violazioni oggetto delle segnalazioni, ha previsto anche la implementazione di una "procedura interna" di segnalazione, realizzata mediante una piattaforma informatica differenziata e riservata per la ricezione delle segnalazioni, denominata "Whistleblowing PA", resa disponibile gratuitamente da Transparency International Italia, gestita dalla società Whistleblowing Solutions I.S. s.r.l., che utilizza il software GlobaLeaks, quale procedura rispondente alle prescrizioni del D.Lgs. n.24/2023 e delle successive Linee Guida ANAC n.311/2023, a far data del 15/07/2023, aggiornata, come comunicato da Transparency International. Tale piattaforma garantisce la riservatezza del segnalante, secondo le specifiche tecniche garantite dalla predetta organizzazione.

Per l'implementazione di tale piattaforma, previa acquisizione del parere del DPO si è proceduto alla sottoscrizione del relativo contratto di servizio per l'utilizzo della sopra citata piattaforma (deliberazione n.2717/CS del 04/07/2023, nonché ulteriori adempimenti previsti (Nomina responsabile esterno al Trattamento ex art.28 del GDPR, pareri del DPO, Informative, DPIA inerente la procedura interna. etc...).

Nel contempo, con disposizione prot. n.94278 del 16/06/2023, è stato modificato il Gruppo di Lavoro per la gestione Whistleblowing/Segnalazioni, composto dal RPCT, Dott. Antonio Costa, dall'Avv. Caterina Tomasello e dall'Avv. Giacomo Gazzara, appositamente costituito per la gestione delle segnalazioni.

Tale nuovo sistema di gestione delle segnalazioni è subentrato al precedente regolamento adottato con deliberazione n.1076/DG del 04/05/2015, secondo le indicazioni delle Linee Guida ANAC n.6/2015.

Come previsto dall'art.4 del D.Lgs. n.24/2023, è stata avviata una preliminare formazione per il personale di questa A.S.P. cui è affidata la gestione del canale di segnalazione interno.

Inoltre, con nota prot. n.104957 del 04/07/2023 del Commissario Straordinario di questa A.S.P. è stata resa la prescritta informazione alle Organizzazioni Sindacali e alla R.S.U. dell'A.S.P. di Messina, ai sensi dell'art.4 del D.Lgs. 24/2023 in merito all'implementazione della prevista "Procedura interna" di segnalazione.

Si è proceduto anche alla predisposizione di specifica "informativa" da parte del DPO (mail del 26/06/23) sul trattamento dei dati personali, ex art.13 del DGPR, necessaria per l'implementazione del regolamento aziendale, adattata per l'A.S.P. di Messina dal RPCT e validata dallo stesso DPO (mail del 13/07/23 - prot. n.110618 del 14/07/23).

La gestione delle segnalazioni, sia in forma scritta, che orale, secondo la procedura dettagliata nella apposita pagina web del sito istituzionale dell'A.S.P. rivolta ai segnalanti (<https://www.asp.messina.it/?cat=170>), è a cura del RPCT e del Gruppo di Lavoro per le segnalazioni/whistleblowing. Nella predetta pagina web sono riportate tutte le informazioni necessarie per effettuare le segnalazioni e le relative tempistiche, le misure di protezione, le tipologie di ritorsioni, il richiamo ai casi di diffamazioni o calunnia, ed ulteriori informazioni, come indicato dal D.Lgs. n.24/2023 e relative Linee Guida ANAC n.311/2023.

Di tale nuovo regolamento aziendale viene dato atto nell'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale in corso di perfezionamento.

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 rinvia a quanto contenuto nel D.Lgs. n.24/2023 e alle Linee Guida ANAC n.311/2023.

Del Regolamento aziendale in materia di Whistleblowing è stata data ampia informazione e divulgazione a seguito dell'adozione del relativo atto deliberativo, mediante pubblicizzazione sul sito aziendale, comunicazione a mediante e-mail personale a tutte le strutture aziendali, ai Direttori e responsabili di tali strutture, ai dipendenti, sia anche 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 si continua a registrare una scarsa capacità di penetrazione, preso atto anche del fatto che non sono pervenute segnalazioni di tal genere nel 2023: decisamente poche le segnalazioni ricevute. La cultura della segnalazione infatti sconta all'interno dell'amministrazione ancora le resistenze verso una pratica non ancora accettata; si rileva, pertanto, la necessità 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 in passato, 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 di secondo livello, condotto dall'Ufficio del RPCT, nonché dalle evidenze e motivazioni delle misurazioni applicate, è emersa la necessità di ulteriore nei confronti del personale afferente alle UU.OO. sui contenuti delle normative di riferimento ai fini della prevenzione della corruzione. Le eventuali resistenze vanno rimosse 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'U.O.S. Formazione e Aggiornamento.

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 2024, come per gli anni precedenti, sarà rivolta in maniera prevalente ai dipendenti neoassunti, secondo la programmazione contenuta nel PFA 2024, come per gli anni passati, e sarà realizzata, previa ricognizione del fabbisogno formativo presso tutte le strutture aziendali dell'A.S.P., sulla scorta dell'esperienza maturata.

Nell'anno 2023, secondo il relativo Progetto Formativo Aziendale "Trasparenza, Anticorruzione e Codice di Comportamento nelle Aziende Sanitarie. Adempimenti e Responsabilità", è stata svolta formazione in modalità online sincrona, a cura del RPCT, con la calendarizzazione concordata con la U.O.S. Formazione e Aggiornamento (n. 5 eventi formativi tenuti il 18/10/2023, 20/10/2023, 27/10/2023, 10/11/2023 e 17/11/2023):

- Edizione 18/10/2023 - n.22 partecipanti
- Edizione 20/10/2023 - n.28 partecipanti
- Edizione 27/10/2023 - n.26 partecipanti
- Edizione 10/11/2023 - n.23 partecipanti
- Edizione 17/11/2023 - n.26 partecipanti

È stata pertanto effettuata la formazione nelle 5 giornate sopra riportate per un totale di 125 dipendenti riguardo all'obiettivo strategico della Performance e relativa scheda di budget del RPCT (n.5 giornate formative su un totale di n.5 giornate programmata, cioè il 100%).

Tale formazione è stata strutturata ed erogata in base a criteri definiti dal RPCT, che ne ha favorito 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 a cascata anche ai propri colleghi, ed è stata orientata, oltre che allo sviluppo delle competenze del personale, anche e soprattutto ai temi dell'etica e dell'integrità, rispondendo quindi all'obiettivo di "valore pubblico" in termini di impatto interno.

Nell'ambito di tale progetto formativo sono stati trattati i seguenti argomenti:

- Le legge 190/2012 in materia di anticorruzione
- Il D.Lgs. 33/2013 Trasparenza - Il D.Lgs. 97/2016 in materia di Riorganizzazione del Sistema Anticorruzione - Accesso Civico semplice e generalizzato (F.O.I.A.)
- Il D.Lgs. 39/2013 Inconferibilità e Incompatibilità degli incarichi
- Il DPR 81/2022 e il DM n.132/2022 in materia di P.I.A.O. - Valore pubblico
- Il DPR 62/2013 ed il DPR 81/2023 Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici - Conflitto di interessi
- Incarichi extraistituzionali ex art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001
- Il D.Lgs. n.24/2023 e le relative Linee Guida di cui alla Delibera A.N.AC. n.311/2023 "Whistleblowing"
- Esercitazioni in aula inerente la mappatura, analisi e valutazione dei rischi di processi / procedimenti aziendali

Di seguito si riporta la ulteriore formazione effettuata dal personale ASP:

RPCT

26/03/2023 – Scuola IFEL - Le dimensioni della programmazione nel PIAO trasparenza e accessibilità

28/03/2023 – Formez PA - Procedure semplificate – analisi dei primi impatti attesi

28/03/2023 – Scuola IFEL – Trasparenza e accessibilità - Procedure semplificate – analisi dei

primi impatti attesi

16/04/2023 – Scuola IFEL – Conflitto di interesse e RUP nei contratti pubblici

10/05/2023 – Formez PA – webinar “A scuola di integrità”

15/05/2023 – Formez PA - webinar “La creazione del Valore Pubblico attraverso il PIAO”

29/05/2023 – REACT – Incontro formativo “Integrità e trasparenza per PIAO e PNRR: sfide di valore pubblico”

06/06/2023 - Formez PA - webinar “La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti - il cosiddetto whistleblower”

20/06/2023 – Formez PA – webinar “Il PIAO e la creazione di Valore Pubblico nelle amministrazioni per la tutela della salute”

22/06/2023 - COMUNITA' DI PRATICA SNA - Il PIAO e la creazione di Valore Pubblico nelle amministrazioni per la tutela della salute

26/06/2023 – CEFPAS – “Aggiornamento su anticorruzione, trasparenza e trattamento dei dati personali nella PA - Formazione specifica per RPCT”

06/07/2023 - PA360 – webinar “La prevenzione della corruzione ed il whistleblowing nella Pubblica Amministrazione”

11/07/2023 – Scuola IFEL – “La disciplina del whistleblowing: le novità del decreto n.24/2023: aspetti organizzativi e applicativi”

12/07/2023 – Scuola IFEL - La disciplina del whistleblowing, le novità del decreto n.24/2023: aspetti organizzativi e applicativi

26/07/2022 – SI.NET. - Whistleblowing: l’organizzazione dei processi e la protezione dei dati

29/09/2023 – PA360 – webinar “Nuova disciplina del whistleblowing D.Lgs. 24/2023”

26/10/2023 – Università degli Studi di Milano – Bicocca – Festival del Valore Pubblico

14/11/2023 – UPEL – L’utilizzo dei social media e le altre novità apportate al Codice di comportamento dal d.P.R. n.81 del 13/06/2023

16/11/2023 – AIIS – PNRR, Innovazione, sostenibilità e Integrità del S.S.N.

04/12/2023 – ANAC - Giornata RPCT IX edizione

06/12/2023 – Scuola IFEL – Antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo

26/12/2023 - Scuola IFEL – Deroghe al codice degli appalti e prevenzione della corruzione nel PNRR e PNC

27/12/20213 – Scuola IFEL – PIAO e Capitale Umano

PERSONALE DELL’UFFICIO DEL RPCT

06/07/2023 - PA360 – webinar “La prevenzione della corruzione ed il whistleblowing nella Pubblica Amministrazione”

TUTTI I DIPENDENTI

Progetto Formativo Aziendale "Trasparenza, Anticorruzione e Codice di Comportamento nelle Aziende Sanitarie. Adempimenti e Responsabilità" – ASP MESSINA - tenutosi in modalità videoconferenza ai dipendenti dell'A.S.P. di Messina - Docente RPCT, svolto nelle seguenti giornate (n.5 ore ad evento), per un totale di 125 partecipanti, come dettagliato di seguito:

- Edizione 18/10/2023 - n.22 partecipanti
- Edizione 20/10/2023 - n.28 partecipanti
- Edizione 27/10/2023 - n.26 partecipanti
- Edizione 10/11/2023 - n.23 partecipanti
- Edizione 17/11/2023 - n.26 partecipanti

Il Piano Formativo Aziendale (PFA) 2024 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 di cui al D.P.R. n.62/2013, come modificato dal D.P.R. n.81/2023 (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.

Tale formazione persegue i seguenti obiettivi: sviluppo della conoscenza su disciplina antimafia nella lotta alla corruzione, misure di prevenzione della corruzione (PIAO, trasparenza, D.Lgs. n.33/2013, PNA); miglioramento degli approcci operativo sugli aspetti dell'analisi del rischio di corruzione come previsto dal PNA; miglioramento del sistema di trasparenza e anticorruzione nelle attività aziendali.

2. **formazione specifica**, rivolta al RPCT, agli organi di controllo e riguarda misure e strumenti specifici per prevenire il fenomeno corruttivo, con i seguenti obiettivi: approfondimento discipline antimafia, misure di prevenzione della corruzione (D.Lgs. n.33/2013 e PNA), codici di comportamento; miglioramento degli approcci alle tematiche del rischio di corruzione (PNA); miglioramento del sistema di trasparenza e anticorruzione nelle attività aziendali.

La formazione tenutasi nel 2023, in presenza, tenuta tra i mesi di ottobre e novembre, 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 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 alla 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 2024, tenuto conto di quanto evidenziato in sede di audit da parte di alcuni responsabili delle UU.OO. in merito alla inadeguata 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 replicata la formazione sugli stessi argomenti trattati dal RPCT nel 2023, con eventuali ulteriori aggiornamenti in merito che si renderanno necessari a seguito di nuova normativa.

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.

ALTRA FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

VARIE DATE 2023 - PA360 - "Obblighi dei lavoratori, Codici di Comportamento e Piano nazionale Anticorruzione" - "Etica Pubblica e Anticorruzione" - "La prevenzione della corruzione ed il whistleblowing nella Pubblica Amministrazione" - "La prevenzione della corruzione dopo il PNA 2022-2024: PIAO, PTPCT e trasparenza".

U.O.C. TECNICO

- Delibera n.3181/CS del 03/08/2023 - Corso di formazione "Il Codice dei Contratti Pubblici" - PUBBLIFORMEZ - n.7 dipendenti
- Delibera n.4793/CS del 15/12/2023 - webinar diretta streaming "La gestione dei flussi finanziari del PNRR - in sintesi REGIS e le circolari della RGS - OPERA srl - n.15 dipendenti

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.

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ

Come rappresentato nei Piani anticorruzione aziendali degli anni precedenti, uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi. Pertanto, 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 tale sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" 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'ANAC nei vari 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. 2024-2026 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, a cui si è aggiunto, nel 2023 anche il C.U.G. aziendale.

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 le richieste che pervengono tramite le segnalazioni URP alla U.O.S. Comunicazione, 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 degli stakeholder, 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 U.O.S. 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 eventuali segnalazioni in materia di anticorruzione e trasparenza.

Analogamente 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, a cui si è aggiunto anche il contributo del C.U.G. Aziendale e della U.O.S. Comunicazione nel 2023, che punterà a coinvolgere questo importante target di stakeholder nell'organizzazione di eventi di sensibilizzazione anche nel 2024.

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 2023 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 2024-2025-2026	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 2024-2025-2026	Delibera Adozione del P.I.A.O., comprendente la sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza"	Direzione Generale
Prima data utile di pubblicazione all'Albo dell'A.S.P.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Caricamento del P.I.A.O. sul portale PIAO, creato dal Dipartimento della Funzione Pubblica ➤ 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" 	Soggetto individuato a tale adempimento dalla Direzione Generale Direzione Generale Direzione Generale
Immediatamente successiva alla pubblicazione all'Albo dell'A.S.P. (febbraio)	Comunicazione a tutti i dipendenti	Direzione Generale e RPCT

2024-2025-2026)		
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 2024-2025-2026 e/o tempestivo per singola attività	Accertamento dei conflitti di interesse mediante sottoscrizione di apposito modulo	Responsabili UU.OO.CC.
20 Giugno anni 2024-2025-2026	Trasmissione al RPCT dei conflitti di interesse accertati con indicazione delle relative misure poste in essere	Responsabili UU.OO.CC.
Anno 2024	Rilevazione del rispetto dei termini previsti dalla legge e regolamenti per la conclusione dei procedimenti	Responsabili UU.OO.CC.
Anno 2024	Implementazione delle indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi – Allegato 1 PNA 2019 e la ulteriore metodologia implementata dal RPCT attraverso audit con le UU.OO. residuali	RPCT, UOC Controllo di gestione, Gruppo multidisciplinare di supporto e Direttori UU.OO.CC. interessate
Anno 2024	Monitoraggio scheda Area 3 – n.5 U.O.C. Provveditorato – U.O.C. Tecnico (normativa derogatoria Codice dei Contratti) secondo la percentuale prestabilita	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto
Anno 2024	Audit con valutazione della documentazione per quanto concerne l'area di rischio "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio" (Area di rischio 5)	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto
Anno 2024	Audit con valutazione della documentazione per quanto concerne l'area di rischio "Rapporti contrattuali con privati accreditati" (Area di rischio 11)	RPCT e Gruppo multidisciplinare di supporto
Anno 2024	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
20 Luglio anni 2024-2025-2026	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 2024-2025-2026	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 2024-2025-2026	Riesame sull'efficacia della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O.	RPCT
2° semestre anni 2024-2025-2026	Monitoraggio rotazione degli incarichi	RPCT
Novembre-Dicembre anni 2024-2025-2026	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 2024-2025-2026	Monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge e regolamenti per la conclusione dei procedimenti	RPCT con supporto UOS Comunicazione / URP
Anni 2024-2025-2026	Attività formativa rivolta a tutti i dipendenti in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT, UO Formazione e Responsabili UU.OO.CC.
Anni 2024-2025-2026, (al conferimento dell'incarico o all'anno dalla precedente dichiarazione)	Acquisizione dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità del DG, DS, DA	Responsabile U.O.C. Gestione Personale Dipendente
15 Dicembre o altra data indicata dall'ANAC anni 2024-2025-2026	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
Immediatamente dopo il 15 Dicembre o altra data indicata dall'ANAC anni 2024-2025-2026	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	
<ul style="list-style-type: none"> - 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 fraintendimenti 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, integrata con quanto indicato nel PNA 2022, cui si rinvia per gli specifici contenuti, riprende tali misure, dando ulteriori indicazioni in merito agli obiettivi, agli indicatori e alle domande di verifica. 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 (che possono anche essere riferite ai whistleblower)	presenza o meno di azioni particolari per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti numero di misure adottate per agevolare, sensibilizzare, garantire i segnalanti numero di segnalazioni di WB esaminate rispetto a quelle ricevute nell'anno X
misure di disciplina del conflitto di interessi	specifiche previsioni su casi particolari di conflitto di interessi tipiche dell'attività dell'amministrazione o ente (si/no)
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 (si/no)
misure di gestione del pantouflage	numero di dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage acquisite rispetto al totale dei dipendenti cessati numero di verifiche effettuate su un campione di dichiarazioni di impegno al rispetto del divieto di pantouflage rispetto al totale dei dipendenti cessati

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)

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).

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)

Le **schede 3.1** e **3.2** sono state revisionate in ragione della nuova normative in materia di contratti pubblici, il D.L.gs. n.36/2023. Una delle novità più importanti introdotte dal nuovo Codice degli appalti riguarda la digitalizzazione dell'intero ciclo di vita dei contratti pubblici; infatti, col nuovo codice la digitalizzazione viene assunta come principio generale, ponendo le basi normative per la completa informatizzazione delle procedure di affidamento, in attuazione del PNRR, che ha posto tra gli obiettivi quello di *"definire le modalità per digitalizzare le procedure per tutti gli appalti pubblici e concessioni e definire i requisiti di interoperabilità e interconnettività"* (M1C1-70).

Pertanto, la digitalizzazione viene posta quale presidio efficace per assicurare il rispetto della legalità al fine di contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi, garantendo la trasparenza, la tracciabilità, la partecipazione e il controllo di tutti procedimenti.

Infatti, l'art. 25 del D.Lgs. n. 36/2023, dal 1° gennaio 2024, ogni stazione appaltante, per svolgere le attività di programmazione, progettazione, pubblicazione, affidamento ed esecuzione dei contratti pubblici, è obbligata ad utilizzare una *"piattaforma di approvvigionamento digitale"* certificata e quindi idonea a interagire con la Banca dati nazionale dei contratti pubblici dell'ANAC (BDNCP), cardine dell'intero sistema di digitalizzazione, dove devono confluire tutti i dati e le informazioni inerenti i contratti pubblici.

Inoltre, dal 1° gennaio 2024, anche tutta la pubblicità legale relativa agli affidamenti pubblici non deve più essere attuata mediante la Gazzetta Ufficiale, ma attraverso la predetta BDNCP.

Relativamente alle **schede 3.5** si è proceduto alla integrazione di ulteriori misure specifiche inerenti le deroghe ai contratti pubblici, come da PNA 2023, ulteriori rispetto a quelle già introdotte nel 2023.

In particolare, già nel 2023 sono state previste le misure proposte dall'ANAC riguardo alla disciplina derogatoria introdotta dal D.L. 76/2020, convertito in L. 120/2020 (Semplificazione) e D.L. 77/2021, convertito il L.108/2021 (PNRR), nonché delle prescrizioni del nuovo Codice di

Contratti Pubblici (D.Lgs. n.36/2023), che hanno interessato la U.O.C. Provveditorato e la U.O.C. Tecnico, per la relativa implementazione.

Nel cronoprogramma della sottosezione del P.I.A.O. 2023-2025 erano stati previsti appositi audit per le verifiche a campione (almeno 2%) da parte del RPCT, come indicato nella predetta scheda, in data 19/10/2023 presso la U.O.C. Provveditorato, e in data 29/11/2023 presso la U.O.C. Tecnico, entrambe precedute da relativa corrispondenza per concordarne le date di effettuazione.

Come suggerito dal PNA 2023, si è proceduto alla elaborazione di tale nuova scheda con le nuove misure suggerite, alcune delle quali con verifica a carico del RPCT, che sono state inserite nel cronoprogramma della presente sottosezione.

Come rappresentato nel precedente analogo documento, 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.

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)

Col PNA 2022, adottato dall'ANAC con delibera n.7 del 17/01/2023, sono state indicate specifiche misure inerenti il pantouflage, cui si è dato seguito in A.S.P. con apposite disposizioni, richiamate nelle specifiche sottosezioni del presente P.I.A.O. 2023-2025, oggetto di verifica per l'anno 2023.

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 AMMINISTRATIVE STABILIMENTI OSPEDALIERI (nuova metodologia)

scheda 5.6 - UOC GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO (nuova metodologia)

scheda 5.7 - UOC PATRIMONIO (nuova metodologia)

Riguardo alla **scheda 5.3**, afferente alla UOC Affari Generali, si è proceduto come previsto nel Cronoprogramma 2023 e nelle attività di Auditing, all'audit effettuato, previa comunicazione per concordarne la data, il 12/07/2023. Per il presente P.I.A.O. è stata opportunamente modificata tale scheda in ragione del nuovo Regolamento aziendale rimborsi spese legali ai dipendenti (Deliberazione n.3310/CS del 10/08/2023).

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** - U.O.C. SERVIZIO SANITA' ANIMALE (nuova metodologia)
- scheda 6.11** - U.O.C. 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)

scheda 6.17 - U.O.C. VIGILANZA SULLE FARMACIE CONVENZIONATE E SUI DISTRIBUTORI
Nel 2023, a seguito del conferimento di incarico di Direttore U.O.C. Vigilanza sulle Farmacie Convenzionate e sui Distributori (come da Atto Aziendale), si reso necessario procedere alla revisione della scheda **6.13**, afferente alla U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, in quanto le misure ivi previste, la cui competenza in parte ora è a carico della predetta U.O.C, sono state riassegnate a seguito di specifico audit tenutosi in data 22/11/2023.

Ne consegue che si è proceduto alla predisposizione della nuova scheda **6.17** afferente alla U.O.C. Vigilanza sulle Farmacie Convenzionate e sui Distributori, elaborata sulla scorta dei processi/attività ora in capo a detta struttura complessa, residuando le altre nella scheda 6.13. Tali operazioni di revisione si sono tenute, come sopra cennato, in data 22/11/2023, con i Direttori della sopra citate UU.OO.CC. unitamente al Direttore della U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, anch'essa interessata da una necessaria revisione. In tali schede sono stati integrati ulteriori processi oggetto di specifica mappatura e individuazione delle relative di misure di prevenzione della corruzione e trasparenza.

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)

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)

Opportuno precisare che, riguardo alla **scheda 9.5** ed i relativi processi/attività, è stato individuato un altro referente, per il pensionamento del precedente.

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 previsto nel Cronoprogramma 2023, è stato svolto l'audit per la **scheda 10.5**, afferente le Direzioni Mediche di Presidio, nello specifico presso il P.O. di Milazzo, concordando preventivamente la data del 30/10/2023.

È stato svolto anche il previsto audit inerente i Distretti Sanitari (**scheda 10.6**), nello specifico presso il Distretto Sanitario di Milazzo, in data 09/11/2023, concordato con il Direttore del suddetto Distretto.

Opportuno precisare che, riguardo alla **scheda 10.7** ed i relativi processi/attività, è stato individuato un altro referente, per il pensionamento del precedente.

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

Riguardo alla **scheda 11.2**, afferente alla U.O.C. Accredimento, oggetto di revisione per modifiche delle normative e procedure regionali da cui discende l'attività, si è proceduto anche alla implementazione della nuova metodologia di mappatura, analisi e individuazione delle relative misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, in data 21/11/2023.

Quanto precede fermo restando quanto già rappresentato nell'analoga sottosezione del P.I.A.O. 2023-2025.

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)

AREA DI RISCHIO 13	ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO
---------------------------	--

La **scheda 11.3**, come da Cronoprogramma 2023, è stata oggetto di audit svolto in data 30/10/2023, presso il P.O. di Milazzo, contestualmente all'altro audit tenuto presso il predetto P.O., come già rappresentato nell'Area di rischio 10.

Si tratta dell'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.

2.3.6 MONITORAGGIO SULL'IDONEITÀ E SULL'ATTUAZIONE DELLE MISURE

Il Piano anticorruzione aziendale è un documento di programmazione, pertanto deve essere predisposto un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua 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 hanno 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, di cui viene rendicontato nella relazione semestrale (1° e 2° semestre). 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 (Gruppo multidisciplinare di supporto al RPCT, appositamente costituito e aggiornato con deliberazione n.120/CS dell'11/01/2024, e/o dagli altri organi con funzioni di controllo interno (ad esempio ufficio dedicato del Controllo di Gestione e Internal Auditor).

Il monitoraggio del RPCT consiste nel verificare l'osservanza delle misure di prevenzione del rischio previste nella presente sottosezione del P.I.A.O. 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, viene effettuato con cadenza annuale, con l'obiettivo di verificare la congruità delle informazioni rese in autovalutazione mediante il controllo degli indicatori previsti per l'attuazione delle misure all'interno della presente sottosezione del P.I.A.O. 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 secondo modalità specificate, hanno il dovere di fornire il supporto necessario al RPCT, rammentando che tale dovere, laddove disatteso, può dar luogo a provvedimenti disciplinari.

Per il 2024, 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 alcune delle attività già poste in essere nel 2023, al fine di verificarne gli esiti rispetto a quanto rilevato.

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 2024				
PERIODO	AREA DI RISCHIO	PROCESSO	U.O.	MODALITA'
anno 2024	Disciplina del nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D.Lgs. n.36/2023) e norme del D.L. n.77/2021 conv. in L. n.108/2021 secondo le indicazioni	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 con l'indicazione delle strutture e dei

	dell'aggiornamento 2023 al PNA (delibera ANAC n.605 del 196/12/2023)			dati necessari per l'accertamento della corretta applicazione della normativa di riferimento, in sede di monitoraggio per la corretta attuazione delle misure programmate
anno 2024	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio (area di rischio 5)	Liquidazioni fatture servizi ospedalieri	Direzioni Amministrative Stabilimenti ospedalieri	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento
anno 2024	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 2024	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 2024	Rapporti contrattuali con privati accreditati (Area di rischio 11)	LIQUIDAZIONI Predisposizione determine di liquidazione fatture (trasp. dializzati, ditte fornitrici, presidi e ausili, ecc.)	Distretti Sanitari	AUDIT con valutazione della documentazione sull'applicazione del target previsto dall'indicatore di riferimento
anno 2024	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

Nel corso dell'anno potranno essere effettuati ulteriori audit 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.

L'attività di monitoraggio, oltre ai casi specifici per i quali la verifica è effettuata immediatamente, ha cadenza semestrale, e consiste nel monitoraggio di 1°, da parte dei responsabili delle UU.OO., e di 2° livello, da parte del RPCT.

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. 2650/CS del 29/06/2023) 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 nel contesto dell'A.S.P. di Messina;
- 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 di monitoraggio, nel 2023 sono stati effettuati gli audit previsti nel Cronoprogramma del 2023 della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del P.I.A.O. 2023-2025, come di seguito riportato.

Sono stati effettuati specifici audit presso:

- la U.O.C. Provveditorato (19/10/2023) e la U.O.C. Tecnico (29/11/2023), inerenti le deroghe ai Codice di Contratti Pubblici (Area di rischio "Contratti Pubblici" - scheda Area 3 - n.5), in conseguenza dell'entrata in vigore dei sopra citati DL 76/2020 (Semplificazioni) e DL 77/2021 (PNRR);
- 12/07/2023 - U.O.C. Affari Generali - Area di rischio 5 "Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio" - scheda Area 5 - n.3;
- 19/10/2023 - U.O.C. Provveditorato - Area di rischio 3 "Contratti pubblici" - scheda Area 3 - n.5, con specifico riferimento alle deroghe DL 76/2020 e DL 77/2021;
- 30/10/2023 - P.O. Milazzo - Area di rischio 10 "Liste d'attesa" - scheda Area 10 - n.5 e Area di rischio 13 "Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero" - scheda Area 13 - n.1;
- 09/11/2023 - Distretto Milazzo - Area di rischio 10 "Liste d'attesa" - scheda Area 10 - n.6.

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 P.I.A.O., 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 sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" 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.

Completano il quadro degli strumenti previsti nella presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" 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 2024, 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 2024, 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 da ultimo con deliberazione n.888/CS del 28/02/2023, sono state attribuite al Gruppo Multidisciplinare dei Referenti anche funzioni di supporto al RPCT agli Internal Audit (deliberazione n.120/CS dell'11/01/2024).

La pianificazione di audit effettuati dal Gruppo I.A. consentirà di integrare le funzioni di monitoraggio delle misure della sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza" 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 sottosezione 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, 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.

Nel 2023 tale attività di riesame è stata posta in essere per la revisione delle schede delle misure di prevenzione di cui all'Allegato 1 della presente sottosezione per modifiche normative intervenute, come nel caso della U.O.C. Accreditamento, e per le schede della U.O.C. Assistenza Farmaceutica Territoriale, della U.O.C. Assistenza Farmaceutica Ospedaliera e per la nuova scheda della U.O.C. Vigilanza sulle Farmacie Convenzionate e sui Distributori, dato il conferimento dell'incarico di Direzione di tale struttura complessa, con la conseguente redistribuzione dei processi afferenti alle prime due UU.OO.CC. sopra citate, con aggiornamento ed introduzione di nuove specifiche misure di prevenzione della corruzione, previa mappatura di tutti i processi secondo la metodologia di ponderazione del rischio implementata in ambito aziendale e predisposizione delle nuove schede per il 2024. Ulteriore necessaria revisione ha riguardato la scheda Area 3 n.5 afferente alle UU.OO.CC. Provveditorato e Tecnico con la previsione di nuove specifiche misure, come da PNA 2023, riguardanti il D.L. 77/2021, conv. in L. n.108/2021, e il D.Lgs. n.36/2023. Aggiornata anche la scheda Area 5 n.3 della U.O.C. Affari Generali rispetto al nuovo Regolamento aziendale rimborso spese legali ai dipendenti (Delibera n.3310/CS del 10/08/2023).

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 anticorruzione dell'Azienda, costituisce sezione della presente sottosezione del P.I.A.O., 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 l'aggiornamento 2023 del PNA, adottato dall'ANAC con delibera n.601 del 19/12/2023, nonché al precedente PNA 2022, ai quali si rinvia, hanno 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". In particolare con l'aggiornamento PNA 2023 è stata modificata tale sottosezione, passando dallo schema individuato dall'Allegato 9 al PNA 2022, in vigore fino al 31/12/2023, al nuovo schema degli obblighi di trasparenza di cui all'allegato della delibera ANA n.264/2023, come modificata dalla delibera ANAC n.601 del 19/12/2023, come risultanti dal citato Allegato 2 della presente sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza", cui si rinvia, per quanto di pertinenza dell'A.S.P. di Messina.

In tema di trasparenza dei Contratti Pubblici è necessario dare riferimento anche alle Delibere ANAC n.582/2023 e n.261/2023, inerenti digitalizzazione integrale del ciclo di vita degli appalti.

In tale contesto, con specifiche indicazioni alle strutture aziendali competenti (U.O.C. Provveditorato e U.O.C. Tecnico), sono state poste in essere dal RPCT tutte le iniziative per il necessario adeguamento della relativa sottosezione "Bandi di gara e contratti" della sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale 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 e Sistemi Informativi e Statistici, relativamente alla connessione con la sottosezione Performance del P.I.A.O., e con la U.O.S. Formazione e Aggiornamento riguardo ai processi formativi correlati.

In applicazione di quanto disposto dall’Atto Aziendale, il documento di programmazione 2024–2026, 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 susseguitesesi negli anni come riguardo alla *“complessa normativa in materia di trasparenza”* e in modo coordinato ed integrato con la presente sottosezione *“Rischi corruttivi e trasparenza”* del P.I.A.O. 2024-2026.

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..

La trasparenza, secondo quanto prescritto dallo schema di cui al D.M. n.132/2022, viene implementata anche obiettivo di "valore pubblico", mediante le previste misure organizzative volte a garantire anche l'accesso civico "semplice" e "generalizzato".

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 ("semplice" e "generalizzato" o FOIA), 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.

Rinviando ai precedenti analoghi contenuti del P.I.A.O. riguardo alla evoluzione normativa inerente gli obblighi di pubblicazione di cui al c.d. accesso civico "semplice" si rappresenta che sono stati riproposti nell'allegato 2, con particolare riferimento alla sottosezione "Bandi di gara e contratti", da ultimo come da indicazioni dell'A.N.AC. con delibera n.264/2023, come modificata dalla delibera 601/2023, in ragione delle ulteriori indicazioni di cui all'aggiornamento PNA 2023 (delibera ANAC n.605/2023, cui si rinvia per i dettagli).

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), così come, ad esempio riguardo alla "Attuazione misure PNRR", appositamente implementata in tale sottosezione, come indicato dal PNA 2022.

Il diritto alla Trasparenza va contemperato 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, quindi, 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 da parte del DPO, 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), pertanto esercitabile da chiunque, senza alcuna motivazione (art.5 D.Lgs. n.33/2013, come modificato dal D.Lgs. n.97/2016).

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, nel prescritto formato elettronico aperto, anche con il supporto del RPCT.

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	
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	
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. QUATTROCCHI GIUSEPPE
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
U.O.C. Vigilanza sulle Farmacie Convenzionate e sui Distributori	DR. ENRICO SAGLIMBENI
Dipartimento Salute Mentale	DR. MOTTA GASPARE (inc. ex art. 22)
Dipartimento Risorse Tecnologiche e Finanziarie	DR. MANZI VINCENZO
U.O.C. Provveditorato	DR. ANGELO COSTA
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. CRISICELLI CARMELO referente
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. Coordinamento Attività Consultoriali	DR.SSA FRACENSCA ULLO
U.O.C. Servizio Prevenzione e Protezione	DR. BUTA' VITTORIO
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. GIALLANZA ANTONINO
P.O. Patti	DR. MERLO GIOVANNI
P.O. Taormina	DR. CARDIA PAOLO
U.O.C. Ospedalità Privata	DR. FINOCCHIARO GIUSEPPE
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	
Direzione Amministrativo P.O. Taormina	DR. RESTUCCIA MARCO
U.O.S. Comunicazione	DR.SSA ANTINORO CUSTODIA
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 per l'implementazione 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 nella richiamata normativa, 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 2024, 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, anche mediante la informatizzazione e digitalizzazione il popolamento automatizzato di tutte le sottosezioni da parte delle UU.OO. interessate.

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'ANAC 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).

Con ulteriore specifica corrispondenza con le strutture aziendali interessate (U.O.C. Provveditorato e U.O.C. Tecnico) sono state impartite indicazioni per la compliance a quanto previsto dall'aggiornamento 2023 al PNA (delibera ANAC n.605 del 19/12/2023) in materia di "Bandi di gara e contratti", nonché dalle già citate delibere ANAC n.261/23, n.264/23 come modificata dalla delibera n.601/23, e n.528/2023. È opportuno far rilevare che lo schema di cui all'Allegato 9 del PNA 2022 viene sostituito da quello previsto, in particolare, n.264/23 come modificata dalla delibera n.601/23.

MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITÀ E LA TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI

Tale contesto di misure è stato da anni e anche recentemente interessato dalla implementazione di nuova normativa, abbastanza articolata e complessa, per cui i responsabili delle UU.OO. interessate sono stati ripetutamente indirizzati in tal senso e 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 dall'ANAC, da ultimo con le specifiche indicazioni riportate nel PNA 2023 e le sopra citate delibere ANAC in materia di trasparenza dei contratti pubblici).

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 2023, adottato da parte dell'ANAC con delibera n.605 del 19/12/2024, è opportuno far rilevare, come anzidetto, 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 a tali nuove disposizioni.

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, ha, come previsto, 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). Nel 2023 da rimarcare tutta l'attività di monitoraggio effettuata ai sensi della delibera ANAC n.203/2023, con i rispettivi esiti al 30/06/2023 e al 30/11/2023, quest'ultimo con un sostanziale esito positivo, come da relativa griglia e attestazione OIV pubblicate nella prevista sottosezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione"- "Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe" - "Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe" - "Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione" dell'A.S.P. di Messina.

Inoltre, è previsto il costante monitoraggio sistematico degli accessi alla sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale di questa A.S.P. (www.asp.messina.it), con cadenza periodica, almeno mensile (su apposito modello di rilevazione) e, in caso di accesso civico "semplice" sulla presenza delle relative pubblicazioni.

Da far rilevare la assegnazione all'Ufficio del RPCT, con specifica disposizione di servizio prot. n.183471 del 29/11/2023, di una unità di personale dedicata (Funzionario), in via non esclusiva, per le attività inerenti gli adempimenti in materia di trasparenza e di pubblicazione della sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale. Sin da subito, pertanto, è stato avviato ulteriore generale monitoraggio sullo stato dell'arte delle pubblicazioni di tale sezione.

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 22/12/2023 al 07/01/2024, 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.

Inoltre, vengono 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 attivate nell'A.S.P. di Messina. Inoltre, i corsi di formazione generali e specifici in materia di prevenzione della corruzione riguarderanno nel 2024, in linea di continuità con l'anno precedente, anche le tematiche legate alla trasparenza, all'integrità e al Codice di comportamento, veicolandone i contenuti.

Tali attività costituiscono, pertanto, ulteriori obiettivi di "valore pubblico", dato l'impatto che generano sia all'interno dell'A.S.P., che all'esterno nei confronti di utenti, assistiti e stakeholder esterni in genere.

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-corruzione.trasparenza@asp.messina.it

PEC : trasparenza.anticorruzione@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), pubblicato con aggiornamento 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, è in previsione l'adozione di 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.
- Tutto quanto precede riguarda l'accesso, tenuto conto delle modifiche normative introdotte dal D.Lgs. n.24/2023, in materia di "whistleblowing", e dal D.Lgs. n.36/2023, in materia di contratti pubblici.

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, NPPIA, 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 (NPPIA);
- 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 (NPPIA), 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 NPPIA rientrano in modo peculiare:

- Promuovere la salute mentale in età evolutiva.

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

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

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

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

I **Dipartimenti di Prevenzione** rappresentano macrostrutture aziendali il cui assetto è fissato in sede nazionale dalle Leggi dello Stato (D.Lgs. 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 sovraaziendali, 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 predispose 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**.

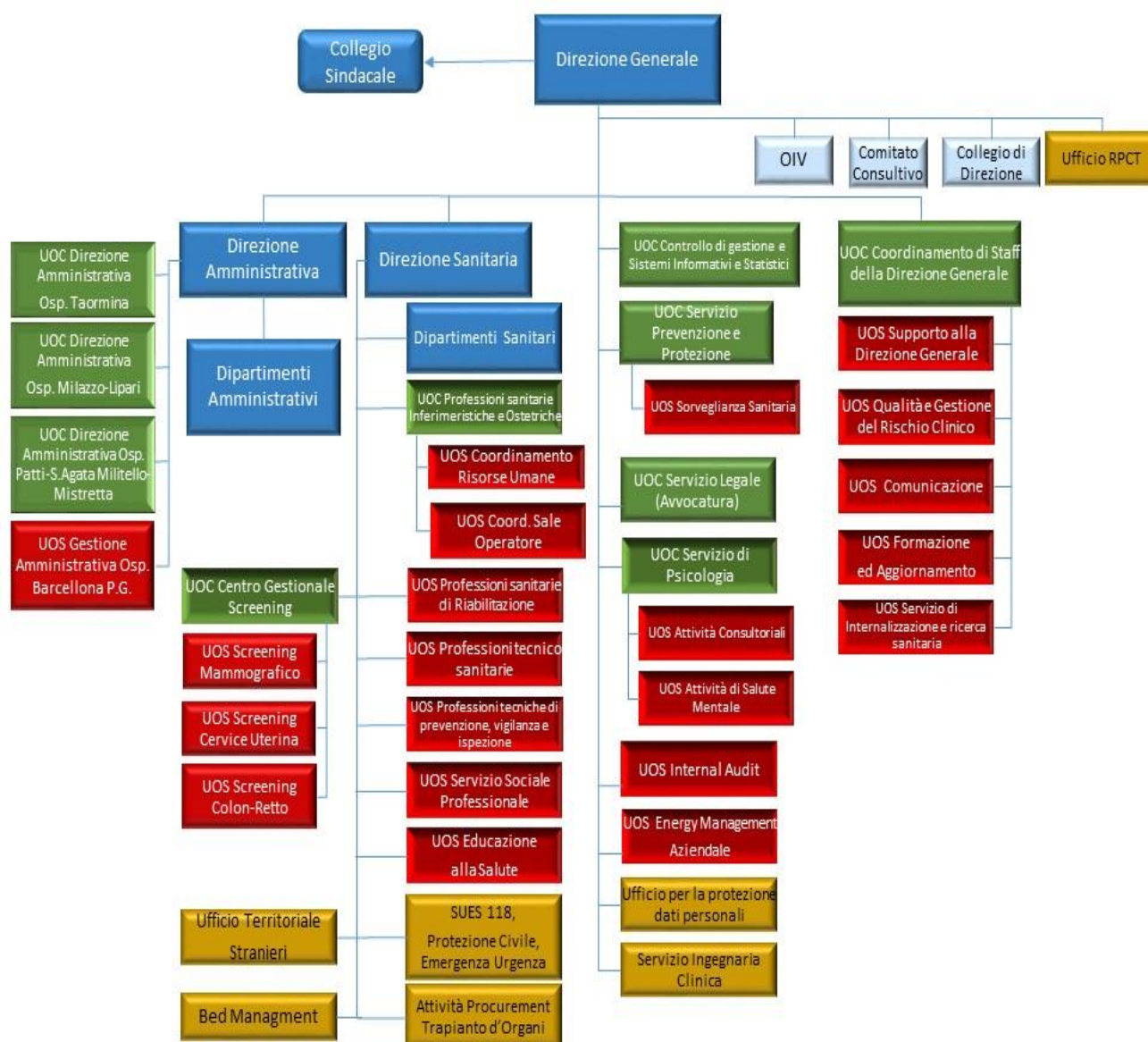
Servizi dipendenti dalla Direzione Sanitaria

- **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:

MACROSTRUTTURA	N.DIPENDENTI
CONSULTORI	81
DIP. AMMINISTRATIVI	242
DIP. ATT.SOCIO SANITARIE - PAZ.FRAGILI	72
DIP. FARMACEUTICO	33
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	177
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	515
DIPARTIMENTO VETERINARIO	79
DIREZIONE GENERALE	58
DIREZIONE SANITARIA	16
DISTRETTO BARCELLONA	46
DISTRETTO LIPARI	13
DISTRETTO MESSINA	151
DISTRETTO MILAZZO	45
DISTRETTO MISTRETTA	20
DISTRETTO PATTI	58
DISTRETTO S.AGATA MIL.	39
DISTRETTO TAORMINA	40
P.O. BARCELLONA	236
P.O. LIPARI	121
P.O. MILAZZO	580
P.O. MISTRETTA	107
P.O. PATTI	516
P.O. S.AGATA MILITELLO	268
P.O. TAORMINA	769
RADIOLOGIA TERRITORIALE	23
RIABILITAZIONE	111
Totale complessivo	4416

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 inattuato 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.

A partire dal 31 gennaio 2022 il Piano integrato della pubblica amministrazione (PIAO, introdotto dal DL 80/2021) ha assorbito i contenuti dei Piani organizzativi del lavoro agile (POLA) e ha rappresentato per tutte le pubbliche amministrazioni, uno strumento di semplificazione e di pianificazione delle attività e delle strategie da attuare.

L'Azienda si è conseguentemente attenuta al rispetto della Normativa post Covid emanata, ivi comprese le disposizioni di cui alla Legge di Bilancio 2023, n. 197/2022; la legge n. 85/2023 di conversione con modificazioni del decreto legge n. 48/2023 con la quale è stata disposta la proroga al 31/12/2023 dello *smart working* per i **lavoratori c.d. super fragili** che, sulla base delle valutazioni dei medici competenti sono più esposti a rischio di contagio dal virus SARS-CoV-2, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da comorbidità che possano caratterizzare una situazione di maggiore rischio, accertata dal medico competente.

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

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.

A tal proposito è in fase di definizione il regolamento aziendale in materia che regoli l'utilizzo della modalità lavorativa di cui in oggetto, atteso anche il necessario coinvolgimento delle organizzazioni sindacali al riguardo.

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 2023, in numero inferiore rispetto al precedente anno.

Qualifica Personale	Quantità
Assistente Amministrativo	2
Coadiutore Amministrativo	3
Collaboratore Amministrativo	1
Collaboratore Professionale Sanitario (Infermiere) CAT. D (PRESSO INPS)	8

Dai dati riportati in tabella si evince che corrisponde a n. 14 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 programmarne 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; promovendo 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. 1492/CS del 07/04/2023 e successive modifiche ed integrazioni questa Azienda ha preso atto del D.A. n. 204/2023 ed ha adottato il Piano triennale del fabbisogno del personale 2022-2024 e la dotazione organica secondo le linee di indirizzo regionali adottate con D.A. n. 2201/2019 e successive determinazioni. Con deliberazione n. 5005 del 29.12.2023 è stato adottato il Piano del fabbisogno triennio 2023/2024/2025 in applicazione dei protocolli di intesa regionali emanati in merito alla stabilizzazione del personale. L'aggiornamento per il triennio 2024/2025/2026 è in corso di predisposizione.

Si apre adesso, pertanto, una nuova fase nella quale si possono pensare e mettere in pratica 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, impiegando 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:

GRADUAZIONE INCARICHI	Conteggio di Cod. Ind.
Inc. Base Rap.Escl Beta	88
Dirigente Medico	86
Veterinario Dirigente	2
Inc. Base Rap.Escl no Az	94
Biologo Dirigente	8
Chimico Dirigente	1
Dirigente delle Professioni Sanitarie	2
Dirigente Medico	50
Farmacista Dirigente	11
Fisico I Livello Dirigenziale	1
Psicologo Dirigente di I Livello	16
Veterinario Dirigente	5
Inc. Base Rap.NON Escl alfa2	1
Dirigente Medico	1
Inc. Base Rap.NON Escl alfa3	8
Dirigente Medico	8
Inc. Base Rap.NON Escl Beta	4
Dirigente Medico	3
Veterinario Dirigente	1
Inc. Base Rap.NON Escl no Az	48
Dirigente Medico	41
Psicologo Dirigente di I Livello	3
Veterinario Dirigente	4
Inc.Alta Spec.Rap. Escl alfa1	3
Dirigente Medico	2
Psicologo Dirigente di I Livello	1
Inc.Alta Spec.Rap. Escl alfa2	13

Dirigente di I livello (ex X liv veterinario coadiutore)	2
Dirigente Medico	11
Inc.Alta Spec.Rap. Escl alfa3	11
Dirigente Medico	11
Inc.Alta Spec.Rap.NON Escl a3	1
Dirigente Medico	1
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl alfa1	5
Dirigente Medico	5
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl alfa2	19
Dirigente Medico	19
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl alfa3	28
Biologo Dirigente	1
Dirigente Medico	26
Dirigente Odontoiatra	1
Inc.Cons.St.Rap.NON Escl no Az	6
Dirigente Medico	6
Inc.Cons.Studio Rap.Escl alfa1	30
Biologo Dirigente	2
Dirigente Medico	24
Fisico I Livello Dirigenziale	1
Psicologo Dirigente di I Livello	2
Veterinario Dirigente	1
Inc.Cons.Studio Rap.Escl alfa2	189
Biologo Dirigente	1
Dirigente I livello Pedagogista	1
Dirigente Medico	163
Dirigente Odontoiatra	1
Farmacista Dirigente	2
Psicologo Dirigente di I Livello	1
Veterinario Dirigente	20
Inc.Cons.Studio Rap.Escl alfa3	324
Biologo Dirigente	19
Dirigente I livello Pedagogista	3
Dirigente Medico	262
Farmacista Dirigente	14
Fisico I Livello Dirigenziale	2
Psicologo Dirigente di I Livello	17
Veterinario Dirigente	7
Inc.Cons.Studio Rap.Escl Beta	3
Dirigente Medico	3
Inc.Cons.Studio Rap.Escl no Az	19
Biologo Dirigente	1
Dirigente Medico	16
Farmacista Dirigente	1
Psicologo Dirigente di I Livello	1
Incarico Professionale Alfa 1	2

Dirigente Ingegnere	2
Incarico Professionale Alfa 3	10
Dirigente Amministrativo	2
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	2
Dirigente Ingegnere	2
Dirigente Sociologo	4
Str. Semplice Rap. NON Escl	3
Dirigente Medico	3
Str.Compl.Area CH Rap.Escl	7
Dirigente Medico	7
Str.Compl.Area CH Rap.NON Escl	5
Dirigente Medico	5
Str.Compl.Area ME Rap.Escl	21
Dirigente Medico	21
Str.Compl.Area ME Rap.NON Escl	1
Dirigente Medico	1
Str.Compl.Area TE Rap.Escl	13
Dirigente delle Professioni Sanitarie	1
Dirigente Medico	12
Str.Semplice Dip.Rap. Escl	13
Dirigente Medico	12
Farmacista Dirigente	1
Str.Semplice Dip.Rap.NON Escl	3
Dirigente Medico	3
Struttura Complessa Max	10
Dirigente Amministrativo	8
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	49
Dirigente Odontoiatra	1
Dirigente Sociologo	2
Farmacista Dirigente	3
Psicologo Dirigente di I Livello	2

Veterinario Dirigente	3
VUOTO	4
Dirigente Amministrativo	3
Dirigente Medico	1
Totale complessivo	1059

Per quanto riguarda le posizioni organizzative afferenti al comparto esse sono ormai ridotte solo a due unità di personale ancora in servizio, in attesa dell'approvazione del nuovo regolamento aziendale già in fase di elaborazione in ottemperanza del nuovo contratto del personale del comparto siglato il 02/11/2022, che ha previsto una nuova classificazione del personale e una diversa articolazione degli incarichi.

Il personale al 31.12.2023 è composto da 4.616 unità suddiviso come nella seguente tabella:

DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA	TITOLARI	INCARCHI	COMANDI	TOTALI
Dirigente Medico	822	29	2	853
Dirigente Odontoiatra	3			3
Veterinario Dirigente	44	3		47
Totale complessivo	869	32	2	903

Dirigenza Sanitaria e PTA	TITOLARI	INCARCHI	COMANDI	TOTALI
Biologo Dirigente	25	7		32
Chimico Dirigente		1		1
Dirigente Amministrativo	15	1		16
Dirigente amministrativo 15 septies		2		2
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	1	2		3
Dirigente delle Professioni Sanitarie	3			3
Dirigente Pedagogista	5			5
Dirigente Ingegnere	4	1	1	5
Dirigente Sociologo	6			6
Farmacista Dirigente	32	2		34
Fisico I Livello Dirigenziale	2	2		4
Dirigente Psicologo	34	10		44
Totale complessivo	127	28	1	156

COMPARTO	TITOLARI	INCARCHI	COMANDI	TOTALI
Assistente amministrativo	86		1	87
Assistente informatico	19			19
Assistente sociale	34	22		56
Assistente tecnico	1			1
Assistente tecnico Geometra	1	6		7
Ausiliario Specializz. (Serv.Econ.Accalappiacani)	2			2
Ausiliario Specializz. (Serv.Econ.Autista)	2			2
Ausiliario Specializzato	24			24

Ausiliario Specializzato (Addetto Serv.Socio Sanitario)	311			311
Coadiutore amministrativo	187			187
Coadiutore amministrativo senior	2		1	3
Collaboratore amministrativo professionale	121	18	1	140
Collaboratore Amministrativo Senior (art. 12 CCNL 2000/2001)	9			9
Collaboratore Prof. Sanitario Senior (ex Capo Sala)	19			19
Collaboratore professionale Avvocato	2	1		3
Collaboratore Professionale Sanitario Capo Sala (ex Infermiere)	4			4
Collaboratore Tecnico Geometra	1			1
Collaboratore Tecnico Informatico	16			16
Commesso.	45			45
Dietista	3			3
Fisioterapista	81		1	82
Infermiere	1498	77	4	1579
Infermiere pediatrico	1		3	4
Logopedista	15			15
Op. Prof.II cat.Massofisioterapista Senior - C	2			2
Op.Tecnico Cuoco Senior	1	1		2
Op.Tecnico Spec. Senior Autista Ambulanza - C	1			1
Op.Tecnico Spec. Senior Cuoco - C	1			1
Operatore socio sanitario	196	2	5	203
Operatore tecnico	2			2
Operatore Tecnico Autista	22			22
Operatore Tecnico CED	36			36
Operatore Tecnico Centralinista	1			1
Operatore Tecnico Centralinista.	20		1	21
Operatore Tecnico Cuoco	2			2
Operatore Tecnico elettricista	2			2
Operatore Tecnico Giardiniere	1			1
Operatore Tecnico IV Liv. (Addetto all'Assistenza)	8			8
Operatore Tecnico Magazziniere	1			1
Operatore Tecnico Senior	3			3
Operatore Tecnico spec.to Autista	19			19
Ortottista	8			8
Ostetrica	61	7		68
Tecnico Audiometrista	6		1	7
Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro	65			65
Tecnico riabilitazione psichiatrica	21			21
Tecnico sanitario Camera Iperbarica	1			1
Tecnico sanitario di fisiopatologia respiratoria	1			1
Tecnico sanitario di laboratorio biomedico	103	7	1	111
Tecnico sanitario di neurofisiopatologia	2			2
Tecnico sanitario di radiologia medica	110	7		117
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva	10			10
Totale complessivo	3190	148	19	3357

Formazione del personale

Anche nell'anno 2023 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, ha avviato nell'ultimo trimestre il processo di rilevazione del fabbisogno formativo su tutte le strutture aziendali.

Tutte le proposte pervenute sono state 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 delle risorse umane, strutturali ed economiche a disposizione.

I progetti che a seguito di valutazione sono stati validati, compongono il Piano Formativo Annuale – PFA anno 2024 adottato con deliberazione n.140/CS del 12.01.2024.

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 durante l'anno;
 - 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'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.1771del 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 e si dirama dunque su ogni livello organizzativo e per ogni filiera professionale. Le azioni poste in essere a livello settoriale e/o aziendale sono sempre frutto di un lavoro di rete e si sviluppano e si implementano in collaborazione con le strutture competenti nel merito e sulle quali si intende attivare la ricaduta del percorso di miglioramento di aggiornamento del personale e conseguentemente dell'offerta sanitaria dei servizi interessati.

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 due coadiutori amministrativi, oltre al Dirigente Responsabile. Non sono identificate risorse esterne disponibili e/o attivabili.

L'ASP Messina, essendo provider accreditato all'interno del programma di Educazione Continua in Medicina con numero di rif. 400, è titolare, attraverso l'UOS Formazione ed aggiornamento, del percorso di accreditamento ECM.

L'Azione formativa volta al miglioramento delle conoscenze e competenze del personale è disciplinata dal "*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 come aggiornato con del. n. 4648/CS del 01.12.2023 – Rev.2 - che individua e proceduralizza le azioni gestionali relative all'attività formativa aziendale: Rilevazione del fabbisogno formativo, pianificazione e programmazione dei corsi, monitoraggio e valutazione, gestione economica e reporting.

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 esternalizzata** autorizzati dalla Direzione Strategica. Tale opportunità di aggiornamento professionale viene garantita unitamente all'offerta formativa presente nel Piano Annuale.

Viene assicurata l'opportunità, a chi ne faccia richiesta, di frequentare, previa autorizzazione, (*Regolamento recante norme per la gestione dell'istituto delle **frequenze volontarie a scopo didattico** - formativo presso le strutture dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina - deliberazione n. 2040 del 17.10.2018*) le Strutture dell'ASP Messina al fine di realizzare un percorso di approfondimento conoscitivo su contenuti, modalità operative e regole dell'attività professionale in sanità

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.

Relativamente agli obiettivi assegnati a questa U.O.S. Formazione si rappresenta che sono stati complessivamente raggiunti e si rimanda alla relazione consuntiva di attività, da trasmettere entro il 15.02.2024 come da nota prot. n.189916 del 11.12.2023 a firma del Commissario Straordinario.

In merito ai recenti indirizzi governativi che vedono la formazione del capitale umano come elemento centrale per la valorizzazione della pubblica amministrazione, si fa presente che la UOS Formazione, nonostante le insufficienti risorse umane presenti, ha comunque garantito la qualificazione del personale organizzando:

- corsi di formazione obbligatori nei settori della sicurezza, dell'emergenza, dell'anticorruzione e trasparenza;
- corsi di formazione per il miglioramento delle competenze e delle conoscenze tecniche
- corsi di formazione per l'aggiornamento su temi emergenti, innovativi o di rilevanza attuale quali medicina di genere, riorganizzazione territoriale (D.M. 77/22), nuove emergenze sanitarie come la peste suina, violenza di genere, pericolo chimico nelle filiere alimentari...

Per il futuro, considerati gli orientamenti attuali, l'UO Formazione si pone come supporto strategico alle politiche di attuazione dei dettami del PNRR e del "Valore pubblico" ove la riqualificazione del

Personale, come investimento organizzativo necessario, è variabile di importanza determinante per gli utenti dei servizi beneficiari delle prestazioni.

Infatti, ai sensi delle indicazioni presenti alla sezione 3 "ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO- FORMAZIONE DEL PERSONALE" (all. DM 132/22), la U.O. Formazione garantisce le seguenti azioni:

punto a) azioni rivolte ad indentificare la le priorità strategiche in termini di riqualificazione o potenziamento delle competenze tecniche e trasversali,

L’Azione formativa volta al miglioramento delle conoscenze e competenze del personale è disciplinata e descritta dal “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 come aggiornato con del. n. 4648/CS del 01.12.2023 – Rev.2 – che individua e proceduralizza le azioni gestionali relative all’attività formativa aziendale: Rilevazione del fabbisogno formativo, pianificazione e programmazione dei corsi, monitoraggio e valutazione, gestione economica e reporting.

Punto b) le risorse interne ed esterne disponibili e/o “attivabili” ai fini delle strategie formative: Esse sono reclutate come indicato e descritto nel “Regolamento aziendale del sistema di formazione che contiene al suo interno la procedura “modalità e criteri per la scelta dei docenti” – rev.1 di cui alla deliberazione n. 2154/DG del 17/06/21 come aggiornato con del. n. 4648/CS del 01.12.2023 – Rev.2.

Tutti i dipendenti che individuati in fase progettuale dei percorsi formativi aziendali, presentino CV appropriati sono attivabili per perseguire strategie formative. In caso di assenza di formatori con specifici requisiti o in caso si ritenga utile/necessario promuovere pratiche di benchmarking, sono attivabili risorse esterne.

Punto c) le misure volte ad incentivare e favorire l’accesso a percorsi di istruzione e qualificazione del personale laureato e nonpermessi studio...

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 esternalizzata autorizzati dalla Direzione Strategica. Tale opportunità di aggiornamento professionale viene garantita unitamente all’offerta formativa presente nel Piano Annuale.

Punto d) gli obiettivi ed i risultati attesi..... valutazione individuale, inteso come strumento di sviluppo

L’UO Formazione rilascia attestati e/o certificazioni dell’avvenuta formazione dei dipendenti utili all’arricchimento del proprio fascicolo personale/CV ed ai fini della valutazione della performance individuale e dei servizi.

Per generare “valore pubblico”, quindi, la UO Formazione propone i seguenti obiettivi, la cui realizzazione è ovviamente interconnessa alla collaborazione di tutti i soggetti coinvolti:

ASP MESSINA							
P.I.A.O. 2024							
OBIETTIVI RICONDUCIBILI AL “VALORE PUBBLICO”							
Obiettivo Strategico	Stakeholders	tempistica	Unità di Misura	indicatore	Baseline	target	Fonte
Sostegno ai servizi per la trasformazione e digitale	Cittadini e servizi della P.A. ricadenti nel territorio provinciale	Anno 2024	≤ 2 edizioni	Svolgimento del corso “PNRR – La transizione alle modalità operative digitali per il personale operante nei servizi dell’Azienda Sanitaria”	Ottimizzazione della gestione documentale utile al governo dei percorsi assistenziali (tempestività, dinamicità, chiarezza e trasparenza) in modo da rispondere agli standard del PNRR e al	Personale amministrativo, tecnico e sanitario con priorità agli addetti agli Uffici/Servizi a diretto contatto con il pubblico	Piano di formazione Aziendale -PFA -

					bisogno di salute del cittadino.		
Divulgazione capillare dei temi dell'anticorruzione e trasparenza. Rafforzare il senso etico sui contenuti del Codice di comportamento	Dipendenti ASP Messina, cittadini, servizi della P.A. ricadenti nel territorio provinciale	Biennio 2024 - 2025	Si/No	2024: Progettazione Piattaforma FAD 2025: Avvio attività formativa e-learning	Messa in opera della piattaforma FAD sulla pagina intranet Incrementare del 10% nel I anno di avvio e del 20% nel II anno, il numero di formati (formazione generale) nell'anno 2023	Tutto il personale dipendente	Piano di formazione Aziendale -PFA -
Sostegno alle azioni di prevenzione della salute pubblica	Cittadini, MMG, servizi ospedalieri cittadini	Anno 2024	≤ 1 edizione	Svolgimento del corso su screening oncologici	Organizzazione e pianificazione del corso	MMG, operatori screening oncologici	Piano di formazione Aziendale - PFA
Sostegno alle azioni di attuazione D.M.77	Pazienti cronici e fragili, servizi ospedalieri	Biennio 2024 - 2025	≤ 2 edizioni	<i>D.M. 77 un nuovo modello assistenziale: l'infermiere di famiglia come risposta ai nuovi bisogni di salute per un welfare comunitario</i>	Organizzazione e pianificazione del corso	Tutto il personale infermieristico del territorio	Piano di formazione Aziendale - PFA

L'attività formativa aziendale programmata nel Piano Formativo è governata, oltre che sul principio dell'efficacia, anche su quello dell'efficienza. A tal fine al PFA è affiancato il documento previsionale dei costi che viene costantemente monitorato e rendicontato semestralmente. Come da mandato istituzionale, pur ponendosi l'azione formativa quale leva e strumento di implementazione del processo di miglioramento continuo della qualità ed elemento propositivo, è il frutto di una integrazione sistemica e di convergenza sia verso gli obiettivi "tecnico-gestionali" specifici che verso quelli più generali del benessere personale e della salute pubblica.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

In questa sezione, come prescritto nell'allegato del Decreto n.132/2022, sono indicati gli strumenti e le modalità di monitoraggio delle azioni previste nelle sezioni precedenti.

4.1 MONITORAGGIO VALORE PUBBLICO

Il monitoraggio inerente la sottosezione "Valore pubblico" tramite le indagini di soddisfazione è da intendersi come monitoraggio degli stati di avanzamento degli obiettivi fissati, ulteriore rispetto al monitoraggio previsto dal DM 132/2022 ed evidenziato nella tabella seguente.

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

All'interno della Sezione 2 – Sottosezione di programmazione Valore Pubblico, le Tabelle che descrivono milestone e target delle azioni individuano infatti, tra le fonti dei dati, la customer experience e le interviste agli stakeholder.

Inoltre è previsto che:

1. Il monitoraggio dell'impatto degli interventi previsti nell'ambito dell'accessibilità sia rilevato "mediante una indagine di soddisfazione ad hoc condotta dall'URP aziendale", i cui tempi, strumenti e modalità saranno definiti previo ascolto dei portatori di interesse, e comunque si stima effettuabile almeno mediante una rilevazione in itinere;
2. Al monitoraggio circa il processo di semplificazione delle procedure "partecipino anche i dipendenti interessati e le associazioni dei cittadini utenti e degli stakeholder", mediante interviste ad hoc concordate in base agli step delle azioni di semplificazione.

Tutti i risultati delle rilevazioni saranno raccolti e fruibili in appositi report.

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, dei dati del Controllo di Gestione, dei dati delle UU.OO. competenti e delle autocertificazioni dei responsabili dei CdR.
- 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.

Monitoraggio obiettivi Performance Organizzativa

L'U.O.C. Controllo di Gestione effettua trimestralmente i monitoraggi relativi Variabili Produttive (D. A. 835/2014), Esiti, Monitoraggio dei Tempi di Attesa delle prestazioni previste dal PNGLA e dal PRGLA, fornitura del 1° ciclo di terapia, consumo degli antibiotici, e prestazioni intermedie di Diagnostica per Immagini e di Patologia Clinica, attraverso un sistema di reporting, procedendo all'elaborazione dei dati estrapolati dai Flussi Informativi.

Nel corso dell'anno potranno essere effettuati ulteriori monitoraggi su specifica richiesta della Direzione Strategica e/o dall'Assessorato della Salute.

Il Controllo di Gestione effettua semestralmente unitamente al RPCT il monitoraggio di 2° livello delle Schede delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza di cui alla sottosezione "Rischi corruttivi e Trasparenza" allegato 1 del presente PIAO.

Monitoraggio Performance Individuale

Come indicato precedentemente nella sottosezione Performance – Obiettivi assegnati al personale dirigenziale, la valutazione della performance individuale si articola in più fasi una di queste è il monitoraggio, come previsto dal 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, modificato con delibere 2679 del 22/11/2016 e 476/C del 15/02/2018.

Nel corso dell'anno il valutatore effettua appositi interventi di monitoraggio al fine di verificare l'andamento, gli eventuali scostamenti, analizzarne le cause ed attivare eventuali interventi correttivi, sostenere e mantenere motivazione e fiducia, ai fini del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

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, tra cui il c.d. "monitoraggio integrato" tra le sottosezioni "rischi corruttivi e trasparenza" e "Performance", cui si rinvia.

L'attività di monitoraggio sopra richiamata ricomprende le misure "generali" e "specifiche" indicate nelle schede delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, nonché quelle trasversali (Codice di comportamento, rotazione, conflitto di interessi, trasparenza/pubblicazioni) ed ulteriori misure specifiche previste per il pantouflage, il titolare effettivo (PNRR), inconfiribilità e incompatibilità, richiamate nella sottosezione "Rischi corruttivi e trasparenza.

L'attività di verifica dell'efficacia delle suddette misure, nel corso del 2023, ha esitato un complessivo esito positivo, con implementazione delle opportune revisioni, laddove ritenuto necessario.

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 organismi di valutazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza	Art. 14, co. 4, lett g) del D.Lgs. n.150/2009	di norma primo 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	Art. 14 del D.Lgs. n.150/2009 Art.5, co. 2, Decreto	Su base triennale (a partire dal 2024)

	contenuti della sezione con gli obiettivi di performance	30 giugno 2022, n.132 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica	
--	--	--	--