



PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE 2026-2028

Adottato con deliberazione del Consiglio di direzione n. 3 del 30/12/2025

In linea con l'impegno verso la digitalizzazione e l'innovazione, la redazione e l'analisi dei contenuti del presente documento sono state supportate da strumenti di Intelligenza Artificiale. Tale attività è stata condotta nel pieno rispetto dei principi di trasparenza, etica e supervisione umana previsti dal Regolamento Europeo sull'Intelligenza Artificiale (AI Act - Reg. UE 2024/1689). L'intervento umano è stato garantito in ogni fase per validare la coerenza normativa e l'accuratezza dei dati, assicurando che l'IA funga da supporto alla capacità amministrativa senza sostituire la responsabilità decisionale dell'Ente.

INDICE

INTRODUZIONE E ASPETTI METODOLOGICI.....	5
SEZIONE 1: MISSION DELL'AMMINISTRAZIONE E ANALISI DEL CONTESTO	9
1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ENTE	9
1.2 MISSIONE, PRINCIPI ISPIRATORI, VISIONE.....	10
1.3 IL MODELLO ORGANIZZATIVO	12
1.4 IL CONTESTO ECONOMICO E SOCIALE DEL TRENTINO	15
SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	21
2.1 VALORE PUBBLICO	21
2.1.1 Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico – PASS 2023-2027	21
2.1.2 Le linee strategiche 2026-2028.....	21
2.1.3 Semplificazione e digitalizzazione	30
2.2 PERFORMANCE – PIANI DI SETTORE 2026-2028.....	32
2.2.1 Qualità.....	33
2.2.2 Reti cliniche.....	39
2.2.3 Sicurezza del paziente.....	44
2.2.4 Tempi di attesa	49
2.2.5 Comunicazione	53
2.2.6 Infrastrutture e Attrezzature sanitarie.....	54
2.2.7 Tecnologie	62
2.2.8 Approvvigionamenti di beni e servizi.....	66
2.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA	68
2.3.1 Cosa si intende per corruzione e conflitto di interesse	69
2.3.2 Perché è fondamentale la prevenzione della corruzione ed a quali principi s'ispira l'APSS.....	70
2.3.3 Contenuto e processo di aggiornamento della sezione anticorruzione del PIAO	71
2.3.4 Il ciclo delle performance e il collegamento con la strategia per la prevenzione della corruzione.....	71
2.3.5 Soggetti destinatari della presente sezione del PIAO	73
2.3.6 I soggetti chiave.....	74
2.3.7 Monitoraggio e riesame delle misure della sezione anticorruzione del PIAO	81
2.3.8 Processo di gestione del rischio di corruzione	81
2.3.9 Aree di rischio	83
2.3.10 Aree di rischio specifiche per il settore sanitario.....	84
2.3.11 Monitoraggio dei tempi di attesa APSS – Anno 2025.....	87
2.3.12 Ulteriori controlli rispetto al sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza.....	101
2.3.13 Alcune ulteriori misure specifiche per la prevenzione della corruzione	109
2.3.14 Codice di comportamento	116
2.3.15 Modalità per la segnalazione di condotte illecite: il whistleblowing.....	117
2.3.16 Attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e di incompatibilità (d.lgs. 39/2013), cumulo di impieghi e incarichi (art. 53 d.lgs. 165/2001).....	120
2.3.17 Formazione dei dipendenti destinati ad operare in aree particolarmente esposte alla corruzione	121
2.3.18 Rotazione dei dipendenti	123
2.3.19 Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti.....	126
2.3.20 Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.....	126
2.3.21 Sezione trasparenza del PIAO.....	126
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	136
3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA.....	140
3.1.1 Dati relativi al personale dipendente (esclusi i dipendenti assunti a tempo determinato per ragioni sostitutive) in servizio al 31/12/2025 (con rilevazione al 30/11/2025)	140
3.1.2 Dati relativi al personale convenzionato in servizio al 31/12/2025 (con rilevazione al 18/12/2025)	145

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	151
3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE	157
3.3.1 Programmazione aziendale dei fabbisogni per l'anno 2026	160
3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE	160
SEZIONE 4: MONITORAGGIO.....	163
4.1 QUALITÀ	164
4.2 RETI CLINICHE.....	168
4.3 SICUREZZA DEL PAZIENTE	170
4.4 TEMPI DI ATTESA	173
4.5 COMUNICAZIONE	177
4.6 INFRASTRUTTURE E ATTREZZATURE SANITARIE.....	179
4.7 TECNOLOGIE	183
4.8 APPROVIGIONAMENTI DI BENI E SERVIZI	188
4.9 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	191
4.10 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO.....	192
VALUTAZIONE DI COMPATIBILITÀ TRA OBIETTIVI E RISORSE.....	197
ALLEGATO - TABELLE DATI DI ATTIVITÀ.....	204

INTRODUZIONE E ASPETTI METODOLOGICI

Nel 2026 l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento è chiamata ad affrontare un contesto di profondo cambiamento organizzativo, normativo e tecnologico, che richiede un'evoluzione significativa degli strumenti di programmazione integrata e dei sistemi di governo dei rischi e dei controlli.

In tale scenario, il PIAO rappresenta sempre più non solo un adempimento, ma un vero e proprio strumento di indirizzo strategico, capace di superare logiche settoriali e favorire una visione unitaria dell'azione amministrativa. Una prima sfida centrale, infatti riguarda l'elaborazione di un PIAO non più strutturato per silos, ma fondato su una lettura integrata dei processi, degli obiettivi e dei rischi, in grado di cogliere le interdipendenze tra programmazione strategica, performance, prevenzione della corruzione, organizzazione e digitalizzazione. In questa prospettiva e in attesa della pubblicazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2025 e delle Linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica, il coinvolgimento diffuso del personale assume un ruolo essenziale: il PIAO 2026-2028 vuole essere sempre più il risultato di un percorso partecipato, che valorizzi le competenze interne, rafforzi la consapevolezza organizzativa e favorisca l'adozione di pratiche condivise di gestione del rischio e dei controlli.

Il Decreto legge 9 giugno 2021 n. 80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, 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", all'articolo 6 ha introdotto per le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165/2001 con più di cinquanta dipendenti, ad esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, l'obbligo di adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), con durata triennale ed aggiornato annualmente a scorrimento**. Il PIAO, secondo le indicazioni del legislatore, costituisce per le amministrazioni pubbliche un documento unico di programmazione e di governance volto ad assorbire in maniera organica, integrata e semplificata, molti dei documenti di pianificazione previsti dalla legge e diretto a garantire la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, il miglioramento costante dei servizi a cittadini e imprese e la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi.

Con la legge provinciale 27 dicembre 2021, n. 21 (legge collegata alla manovra di bilancio provinciale 2022) è stato inserito l'articolo 19.1 (Piano integrato di attività e organizzazione) nella legge provinciale n. 4 del 1996 che ha previsto, in relazione agli strumenti di programmazione progressivamente assorbiti dal piano, l'adozione di un regolamento per l'individuazione delle disposizioni legislative provinciali abrogate e delle disposizioni transitorie; detta norma si applica anche "agli enti pubblici strumentali con più di cinquanta dipendenti diversi dalle istituzioni scolastiche e formative, secondo indicazioni della Giunta provinciale nell'ambito delle specifiche direttive emanate ai sensi dell'articolo 2 (Obblighi per le agenzie, gli enti strumentali, la Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura di Trento e le aziende pubbliche di servizi alla persona) della legge provinciale 27 dicembre 2010, n. 27". Con deliberazione n. 692 del 22 aprile 2022 la Giunta provinciale di Trento ha definito i contenuti, i criteri e le modalità per la progressiva attuazione del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO). Il Decreto legge 30 aprile 2022, n. 36 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)", convertito con la Legge 29 giugno 2022, n. 79, ha introdotto al sopra citato DL 80/2021 il comma 7-bis dell'art. 6 il quale dispone che "Le Regioni, per quanto riguarda le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, adeguano i rispettivi ordinamenti ai principi di cui al presente articolo e ai contenuti del Piano tipo definiti con il

decreto di cui al comma 6".

Con il D.P.R. 24 giugno 2022 n. 81, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 30 giugno 2022 ed entrato in vigore il 15 luglio 2022, sono stati soppressi i Piani assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione e precisamente:

- a) il Piano dei fabbisogni e il Piano delle azioni concrete (d.lgs. n. 165/2001);
- b) il Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio (legge n. 244/2007);
- c) il Piano della performance (d.lgs. n. 150/2009);
- d) il Piano di prevenzione della corruzione (Legge 190/2012);
- e) il Piano organizzativo del lavoro agile (Legge 124/2015);
- f) il Piano di azioni positive (d.lgs. n. 198/2006);

e con il D.M. 30 giugno 2022, n. 132 (entrato in vigore il 22/09/2022) è stato adottato il regolamento per la definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione ed approvato lo schema tipo.

In tale contesto APSS si è trovata ad operare tenendo conto della specificità della legislazione provinciale in materia di tutela della salute, che prevedeva l'adozione di strumenti di pianificazione ulteriori tra i quali il Programma Annuale di Attività da allegare al bilancio di previsione annuale e pluriennale.

Pertanto, a partire dalla prima adozione del PIAO, al fine di realizzare la piena integrazione degli strumenti di programmazione e semplificazione dei processi, si è deciso di procedere alla stesura e adozione di un unico documento programmatico, anticipando l'adozione del PIAO rispetto alla scadenza stabilita dalla legge e allegandolo al bilancio di previsione.

A partire dal 01/01/2026 l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) sarà trasformata in Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino (Asuit), come previsto dalle disposizioni transitorie della Legge provinciale n. 8 del 9 dicembre 2025 di modificazione della L.P. 16/2010 "Tutela della salute in provincia di Trento". Il Consiglio di Direzione di Asuit, ai sensi del nuovo articolo 38 della L.P. 16/2010, non dovrà più allegare al bilancio di previsione il Programma Annuale di Attività.

Tuttavia, considerata la fase di transizione in corso, per favorire la continuità tra la programmazione di APSS e la futura programmazione di Asuit, si è reso necessario includere nel PIAO 2026-2028 il Programma Annuale di Attività previsto dalla versione precedente dell'articolo 38 della L.P. 16/2010 e ancora presente all'articolo 10 del Regolamento di organizzazione aziendale.

Il Regolamento di organizzazione di APSS prevede, all'articolo 10, che l'Azienda elabori e definisca le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari e socio-sanitari, in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi con tutti i soggetti interni ed esterni all'Azienda, nel rispetto e sulla base dei principi e degli obiettivi di programmazione provinciale. Ciò attraverso il **Programma di Sviluppo Strategico**, la cui adozione è prevista dall'articolo 28 della L.P. 16/2010, che costituisce pertanto un documento di pianificazione strategica pluriennale a valenza aziendale. Inoltre, l'Azienda attiva il processo di programmazione, basato sui principi della condivisione e del coinvolgimento degli operatori, attraverso i seguenti strumenti di pianificazione delle attività:

- **programma di attività e gli altri documenti di bilancio** elaborati in coerenza con i contenuti della programmazione strategica, tenuto conto della missione aziendale, degli obiettivi generali, degli obiettivi specifici e delle direttive della

- Giunta provinciale, previa definizione delle risorse da impiegare;
- **piani di settore** relativi alla gestione dei principali processi di supporto (per esempio approvvigionamenti, infrastrutture, attrezzature, sistemi informativi);
 - **budget operativi** delle strutture aziendali per l'attuazione, a livello dei singoli centri di responsabilità, delle scelte programmatiche effettuate con assegnazione delle relative risorse, secondo le indicazioni approvate dal Direttore generale.

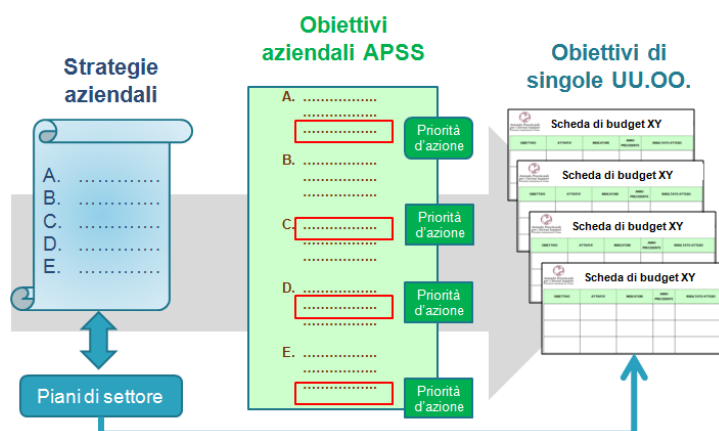
Il **Programma di sviluppo strategico 2023-2027**, adottato con deliberazione del Direttore generale n. 190 del 20/03/2023 ai sensi dell'articolo 28 della L.P. 16/2010, si colloca all'interno delle strategie di sviluppo definite dalla Giunta provinciale nel Programma di sviluppo provinciale per la XVI Legislatura e nei vari documenti di programmazione provinciale, nonché all'interno di un processo di revisione dell'assetto organizzativo aziendale in conseguenza delle modifiche apportate a fine 2020 alla Legge provinciale n. 16/2010. Nonostante l'elevata complessità del contesto in cui APSS si trova ad operare, il Programma di sviluppo strategico ha individuato chiare linee di azione e definito una *vision* aziendale che sia di riferimento per tutti quanti operano in Azienda. Avere una visione chiara di come vorremmo fosse la sanità "di domani" è altresì necessario per impostare una programmazione annuale coerente con un disegno di più ampio respiro nonché la struttura aziendale e adeguare le modalità di lavoro, laddove necessario, in modo da raggiungere i risultati prefissati in termini di miglioramento dell'offerta sanitaria alla popolazione.

L'APSS attiva il processo di programmazione, basato sui principi della condivisione e del coinvolgimento degli operatori. Gli elementi che costituiscono il riferimento per la definizione degli obiettivi e degli interventi previsti all'interno del presente documento sono:

- la legge provinciale n. 16/2010 – Tutela della salute in Provincia di Trento, come modificata dalla Ip 9 dicembre 2025, n. 8 che ha istituito l'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino;
- la normativa nazionale in materia di salute compatibilmente con quanto previsto dallo Statuto di autonomia provinciale;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- le linee di indirizzo strategiche individuate a livello provinciale (Piano per la salute del Trentino 2015-2025, Piano provinciale per la XVII Legislatura, Piano provinciale per il governo delle liste di attesa);
- le direttive e gli altri atti di indirizzo emanati dalla Giunta provinciale, con particolare focus sulla garanzia del rispetto dei tetti di spesa e delle misure di razionalizzazione e contenimento, che per l'anno 2025 sono contenuti, unitamente al finanziamento nella deliberazione della Giunta provinciale n. 2133 del 19/12/2025;
- le linee di indirizzo strategiche individuate nel Documento di pianificazione aziendale (Programma di Sviluppo Strategico 2023-2027);
- la necessità di garantire continuità ai progetti e agli obiettivi prioritari individuati negli esercizi passati, con particolare riferimento al proseguimento e sviluppo degli obiettivi individuati per il 2025 dalla Giunta provinciale (deliberazione n. 916 del 27/06/2025) ai sensi degli articoli 26 e 28 della L.P. 16/2010 e ss.mm.;
- i principali indicatori di esito e di performance, nell'ottica della rilevazione e del monitoraggio continuo degli stessi a livello aziendale, con particolare riferimento a quelli considerati all'interno di sistemi di benchmarking tra le diverse realtà regionali (Programma Nazionale Esiti, Nuovo Sistema di Garanzia, ecc.).

Le attività di programmazione 2026 si concretizzano nella definizione degli obiettivi strategici annuali, che conseguono dall'analisi di specifici elementi di input ritenuti strategici per la prevenzione, l'assistenza territoriale, l'assistenza ospedaliera e la ricerca.

Gli obiettivi strategici aziendali, gli obiettivi dei Piani di Settore e gli obiettivi che saranno definiti per il 2026 dalla Giunta provinciale saranno il punto di partenza per il processo di budget, mediante la declinazione di obiettivi e attività specifiche da attribuire a ciascuna articolazione organizzativa aziendale coinvolta (Unità Operativa/ Servizio/ Dipartimento).



Il presente documento esprime pertanto le linee di indirizzo e gli obiettivi generali, definiti in una logica di sistema, collegialità e unitarietà di funzionamento dell'Azienda, che dovranno guidare l'operato aziendale nel 2026 e con un orizzonte temporale triennale per quanto riguarda i piani di settore.

Il documento è dunque articolato come segue:

- una prima sezione con rappresentata la scheda anagrafica dell'azienda, la mission, i principi ispiratori e la vision di APSS, con il suo modello organizzativo e il contesto economico e sociale del Trentino in cui si svolge l'attività;
- una sezione in cui viene rappresentato il valore pubblico che APSS genera con la sintesi delle principali linee strategiche 2026-2028 (in cui vengono evidenziate anche le principali attività di semplificazione e digitalizzazione in essere) e i piani trasversali di settore 2026-2028 (con inserito anche il piano delle prestazioni erogabili ai sensi della deliberazione della Giunta provinciale n. 696 del 17 maggio 2019). In tale sezione è inserito anche il piano anticorruzione e trasparenza 2026¹;
- una sezione sull'organizzazione e il capitale umano, contenente il piano triennale dei fabbisogni del personale;
- un'ultima sezione con il primo monitoraggio delle attività svolte nel 2025.

Seguono in allegato le tabelle con i dati di costo e di attività.

Gli obiettivi sul contenimento dei tempi d'attesa ai sensi dell'articolo 26 della L.P. 16/2010 nonché gli obiettivi specifici che verranno assegnati per il 2026 al Direttore Generale da parte della Giunta provinciale ex articolo 13 della L.P. 16/2010 costituiranno parte integrante del PIAO 2026-2028.

Il PIAO 2026-2028 dovrà altresì tenere conto dell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e della trasformazione di APSS in Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino (Asuit).

¹ In relazione al Piano di prevenzione della corruzione, in data 12/12/2025 è stato pubblicato l'Avviso di Consultazione pubblica nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito web di APSS per raccogliere entro il 24/12/2025 i contributi ed i suggerimenti dei cittadini, delle associazioni e di tutti i soggetti interessati, utili all'aggiornamento della sezione "Anticorruzione e trasparenza" del PIAO 2026-2028. Entro il termine indicato non sono pervenute osservazioni.

SEZIONE 1: MISSION DELL'AMMINISTRAZIONE E ANALISI DEL CONTESTO

1.1 SCHEDA ANAGRAFICA DELL'ENTE

DENOMINAZIONE	AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI DI TRENTO
TIPOLOGIA DI ENTE	Ente pubblico strumentale della Provincia Autonoma di Trento
SEDE	Via Degasperi n. 79 – 38123 Trento
CODICE FISCALE	01429410226
DIRETTORE GENERALE	Dott. Antonio Ferro
PERSONALE	I dipendenti dell'APSS sono 9.041 al 31/12/2025 (con rilevazione al 30/11/2025)
REGOLAMENTO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO	Deliberazione del Direttore generale n. 221 di data 21 aprile 2022 (approvato con delibera GP n. 857 del 13/05/2022 e aggiornato da ultimo con delibera GP n. 1417 del 19/09/2025) Regolamento di organizzazione dell'APSS / Atti amministrativi generali/ Atti generali / Disposizioni generali / Amministrazione Trasparente / Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
SITO WEB	https://www.apss.tn.it
URP	urp@apss.tn.it
PEC	apss@pec.apss.tn.it
PROFILI UFFICIALI SOCIAL MEDIA	Facebook (https://www.facebook.com/APSSTrento) X (https://x.com/APSSTrentino) You Tube (https://www.youtube.com/user/APSSTrento) Linkedin (https://it.linkedin.com/company/APSStn) Instagram (https://www.instagram.com/APSS.trentino/) Threads (https://www.threads.net/APSS.trentino/)

1.2 MISSIONE, PRINCIPI ISPIRATORI, VISIONE

Nel presente capitolo si riprendono missione, principi ispiratori e visione riferiti ad APSS, sottolineando che nel 2026, con l'avvento di Asuit, i medesimi andranno declinati nel nuovo atto aziendale - e nel conseguente adeguamento di tutti gli atti organizzativi e programmatori - tenendo conto della funzione assistenziale integrata e delle funzioni di didattica e di ricerca che l'avvento dell'Azienda universitaria integrata comporta.

L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) è preposta alla gestione coordinata delle attività sanitarie e socio-sanitarie per l'intero territorio provinciale, secondo quanto disposto dal Piano provinciale per la salute, dal Programma sanitario e socio-sanitario provinciale, dagli indirizzi e dalle disposizioni della Giunta provinciale.

L'APSS promuove e tutela la salute dei cittadini, sia in forma individuale che collettiva, garantendo i servizi e le attività comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) definiti dalla normativa nazionale, a favore degli iscritti al Servizio sanitario nazionale, e in quelli aggiuntivi, previsti dalla normativa provinciale, a favore degli iscritti al Servizio sanitario provinciale residenti nella provincia di Trento. Dà attuazione, per quanto di competenza, agli interventi mirati al cambiamento degli stili di vita della popolazione e alla presa in carico integrata e multidisciplinare previsti nell'ambito della medicina di iniziativa quale modello assistenziale finalizzato alla diagnosi precoce e alla prevenzione - primaria, secondaria o terziaria - delle patologie croniche.

L'APSS, quale organizzazione appartenente al Servizio sanitario provinciale, si ispira innanzitutto ai principi definiti dall'art. 2 della Legge provinciale sulla tutela della salute (L.P. 16/2010) in provincia di Trento:

- universalità, equità e solidarietà;
- dignità e libertà della persona;
- centralità del cittadino, titolare del diritto alla salute;
- uguaglianza sostanziale e accessibilità ai servizi su tutto il territorio provinciale;
- continuità assistenziale e approccio unitario ai bisogni di salute secondo criteri di appropriatezza, efficacia e sicurezza;
- promozione e valorizzazione della partecipazione al Servizio sanitario provinciale degli enti locali, delle associazioni sociali e sindacali, dei cittadini, dei pazienti e degli operatori sanitari e socio-sanitari;
- economicità, efficienza gestionale e responsabilizzazione del cittadino.

Tali principi vengono declinati dall'Azienda in specifici valori che orientano il servizio rivolto al cittadino e la gestione aziendale.

La visione dell'Azienda è orientata a qualificare l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari, sviluppando la capacità del sistema di:

- analizzare i bisogni di salute della popolazione;
- perseguire i principi di appropriatezza nell'erogazione dei servizi;
- garantire la responsabilizzazione sui risultati;
- rendere conto delle scelte effettuate a tutti gli interessati, in primo luogo ai cittadini;
- confrontarsi sistematicamente con altre organizzazioni e sistemi sanitari;
- perseguire risultati di eccellenza.

L'Azienda riconosce la centralità delle legittime esigenze e aspettative dei cittadini quale elemento determinante ai fini dell'orientamento delle politiche aziendali, compatibilmente con la sostenibilità economica ed organizzativa delle scelte effettuate.

Nell'erogazione dell'assistenza, i professionisti sanitari si ispirano ai principi delle cure centrate sulla persona e sulla famiglia; in particolare ne ascoltano e ne rispettano le

prospettive e le scelte, comunicano con loro in modo chiaro per favorire la partecipazione efficace alle cure, sostengono la loro inclusione nei processi di determinazione delle politiche e dei cambiamenti di carattere strutturale e organizzativo che introducono nuovi modelli organizzativi di erogazione delle cure.

L'Azienda supporta la promozione della salute in tutte le occasioni di contatto con i cittadini sia nell'ambito dell'assistenza ospedaliera che sul territorio, nel mondo del lavoro e nella scuola.

L'Azienda promuove l'alleanza terapeutica con il cittadino, sia come singolo che nelle forme associative, quale principale protagonista della propria salute, perseguendo la semplificazione dell'accesso ai servizi e assicurando la prossimità ai pazienti e le loro famiglie dei servizi sanitari territoriali e ospedalieri. In particolare garantisce l'accesso ai servizi territoriali tramite l'attivazione, a regime, di un'unica porta d'accesso per i cittadini ed assicura la presa in carico dei pazienti affetti da malattie croniche, con particolare attenzione alle condizioni di polipatologia. Persegue l'evoluzione in forma associativa ed integrata dell'assistenza territoriale sia tra i medici e pediatri di famiglia, che tra gli stessi e gli altri specialisti e professionisti sanitari e socio-sanitari coinvolti nella presa in carico dei pazienti.

Assicura inoltre la complementarietà e sussidiarietà nella rete delle strutture ospedaliere e il loro coordinamento con l'assistenza territoriale, garantendo standard uniformi per le prestazioni in urgenza sul territorio in rapporto alle esigenze assistenziali.

L'Azienda promuove e attua iniziative di revisione dei modelli assistenziali in una logica di maggiore integrazione tra professionisti, ospedale e territorio, servizi sanitari e sociali.

Il valore economico complessivo dell'APSS è determinato dal valore del capitale finanziario e da quello del capitale intellettuale, costituito quest'ultimo dalle risorse umane rappresentate dal personale dipendente, convenzionato e libero professionale, dal capitale strutturale, e cioè le strutture fisiche e tecnologiche, le conoscenze e la cultura organizzativa, e dal capitale relazionale, inerente alle relazioni tra l'Azienda e tutte le parti interessate al funzionamento del Servizio sanitario provinciale (cittadini, istituzioni, partner, fornitori, associazioni di volontariato).

In relazione alla garanzia dei LEA previsti dalla normativa nazionale a tutti gli iscritti al Servizio sanitario provinciale, essi sono individuabili nelle seguenti macrocategorie:

- l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, che comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale);
- l'assistenza distrettuale, ossia le attività e i servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, dalla medicina di base all'assistenza farmaceutica, dalla specialistica e diagnostica ambulatoriale alla fornitura di protesi ai disabili, dai servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi ai servizi territoriali consultoriali (consultori familiari, Servizio Dipendenze, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, ecc.), alle strutture semiresidenziali e residenziali (residenze per gli anziani e i disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche);
- l'assistenza ospedaliera, in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione.

A quanto sopra vengono integrati alcuni livelli aggiuntivi di assistenza a favore degli iscritti

al Servizio Sanitario Provinciale e residenti in Provincia di Trento (ad esempio: prestazioni aggiuntive di prevenzione, assistenza odontoiatrica, tutela dell'handicap, trasporto infermi, assistenza farmaceutica, assistenza protesica, ecc.).

L'erogazione di tali livelli di assistenza avviene attraverso:

- la collaborazione di 9.041 dipendenti che operano in una rete di strutture ospedaliere e sul territorio provinciale;
- i rapporti contrattuali e convenzionali con strutture ospedaliere e ambulatoriali private, con medici convenzionati e con 57 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA).

1.3 IL MODELLO ORGANIZZATIVO

In questo paragrafo si riporta l'attuale assetto organizzativo di APSS; lo stesso dovrà essere adeguato alla nuova Azienda sanitaria integrata del Trentino secondo le previsioni della LP 8/2025.

Il modello organizzativo aziendale è orientato:

- alla distinzione tra le funzioni di pianificazione strategica, governo e controllo, in capo al Direttore generale e al Consiglio di direzione, e le funzioni di responsabilità gestionale diretta, di norma in capo ai direttori di Articolazione Organizzativa Fondamentale (AOF), ai Direttori dei Dipartimenti tecnico-amministrativi e agli altri responsabili di struttura;
- alla valorizzazione di tutte le aree professionali.

L'organizzazione dipartimentale costituisce la modalità ordinaria di gestione operativa delle attività sanitarie e socio sanitarie dell'Azienda. Per ogni Dipartimento sanitario è costituito un Comitato di Dipartimento che partecipa alla programmazione, realizzazione, monitoraggio e verifica delle attività dipartimentali. Le competenze e le regole di funzionamento dei Dipartimenti sono definite con deliberazione del Direttore generale.

Le funzioni tecnico-amministrative dell'APSS sono definite secondo il modello organizzativo provinciale, ai sensi dell'art. 44 comma 2 della Legge provinciale n. 16/2010 sulla tutela della salute in provincia di Trento.

La struttura organizzativa sanitaria dell'APSS si articola in:

a) Articolazioni Organizzative Fondamentali

Sono le articolazioni previste dalla Legge provinciale sulla tutela della salute in provincia di Trento (Dipartimento di prevenzione, Distretti sanitari, Servizio ospedaliero provinciale) con competenza gerarchica sulle strutture di appartenenza.

b) Dipartimenti ospedalieri, territoriali o transmurali

Costituiscono l'articolazione dei Distretti e del Servizio ospedaliero provinciale e hanno competenza trasversale per l'intera popolazione trentina.

c) Unità operative

Sono strutture complesse dotate di autonomia gestionale e di risorse umane e/o tecniche e/o finanziarie che assicurano l'attività clinico assistenziale o attività interne. L'istituzione delle strutture complesse è di competenza della Giunta provinciale.

d) Strutture semplici

Sono articolazioni organizzative a presidio di processi o risorse specifiche, istituite, previa informativa al Dipartimento Salute e politiche sociali e alle OO.SS., dal Direttore Generale nell'ambito della definizione complessiva degli incarichi dirigenziali. Le strutture semplici

possono afferire ad una struttura complessa o direttamente al Consiglio di direzione, alle AOF e ai Dipartimenti territoriali, ospedalieri e transmurali.

e) Piattaforme di servizi

Sono modalità di organizzazione di funzioni e servizi quali degenze, ambulatori, sale operatorie ed interventistiche. Le Piattaforme di servizi possono interessare più presidi ospedalieri e/o territoriali o essere organizzate all'interno di un unico presidio, in relazione agli obiettivi da perseguire.

f) Reti cliniche ed incarichi di percorso

Sono modalità di integrazione di competenze e professionalità appartenenti a dipartimenti diversi, deputati alla risposta a specifici bisogni di assistenza e gestione di percorsi diagnostico-terapeutici di maggiore o minore complessità.

g) Reti professionali locali

Rappresentano l'insieme dei medici convenzionati, degli infermieri del territorio e degli altri professionisti sanitari e socio-sanitari e medici dipendenti che in ciascun ambito territoriale, corrispondente con il territorio di ciascuna Comunità o di una loro aggregazione, presidiano la salute della popolazione che lo abita.

La struttura organizzativa tecnico amministrativa dell'APSS si articola in:

a) Dipartimenti tecnico-amministrativi

Sono strutture organizzative complesse cui sono attribuite le funzioni tecnico-amministrative dell'Azienda; sono organizzati per macro-aree individuate secondo criteri di omogeneità di attività e servizi o in relazione a funzioni di supporto trasversale all'attività sanitaria secondo il modello provinciale definito dalla Legge sul personale della Provincia (L.P. n. 7/1997 e ss.mm.).

Provvedono direttamente alla gestione delle risorse umane, finanziarie, organizzative e strumentali loro assegnate, per quanto non rientra nelle competenze delle strutture organizzative dirigenziali in cui si articolano. I Dipartimenti sono sopra ordinati ai Servizi e Unità di missione semplice in cui si articolano.

b) Servizi e Unità di missione semplice

I Servizi sono strutture organizzative semplici e costituiscono l'articolazione organizzativa dei Dipartimenti tecnico-amministrativi; ai Servizi compete la gestione di funzioni riferibili a un ambito omogeneo per materia, l'attuazione di programmi e di progetti relativi ad attività continuative, tecniche o amministrative e lo svolgimento di attività d'intervento esterno o di supporto interno alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione. I servizi sono dotati di risorse umane, finanziarie, organizzative e strumentali.

Le Unità di missione semplice sono istituite per lo svolgimento di specifiche attività o compiti progettuali di natura tecnico professionale.

Sia i Servizi, sia le UMSE possono dipendere direttamente dal Consiglio di direzione o dalle AOF.

c) Uffici e Incarichi speciali

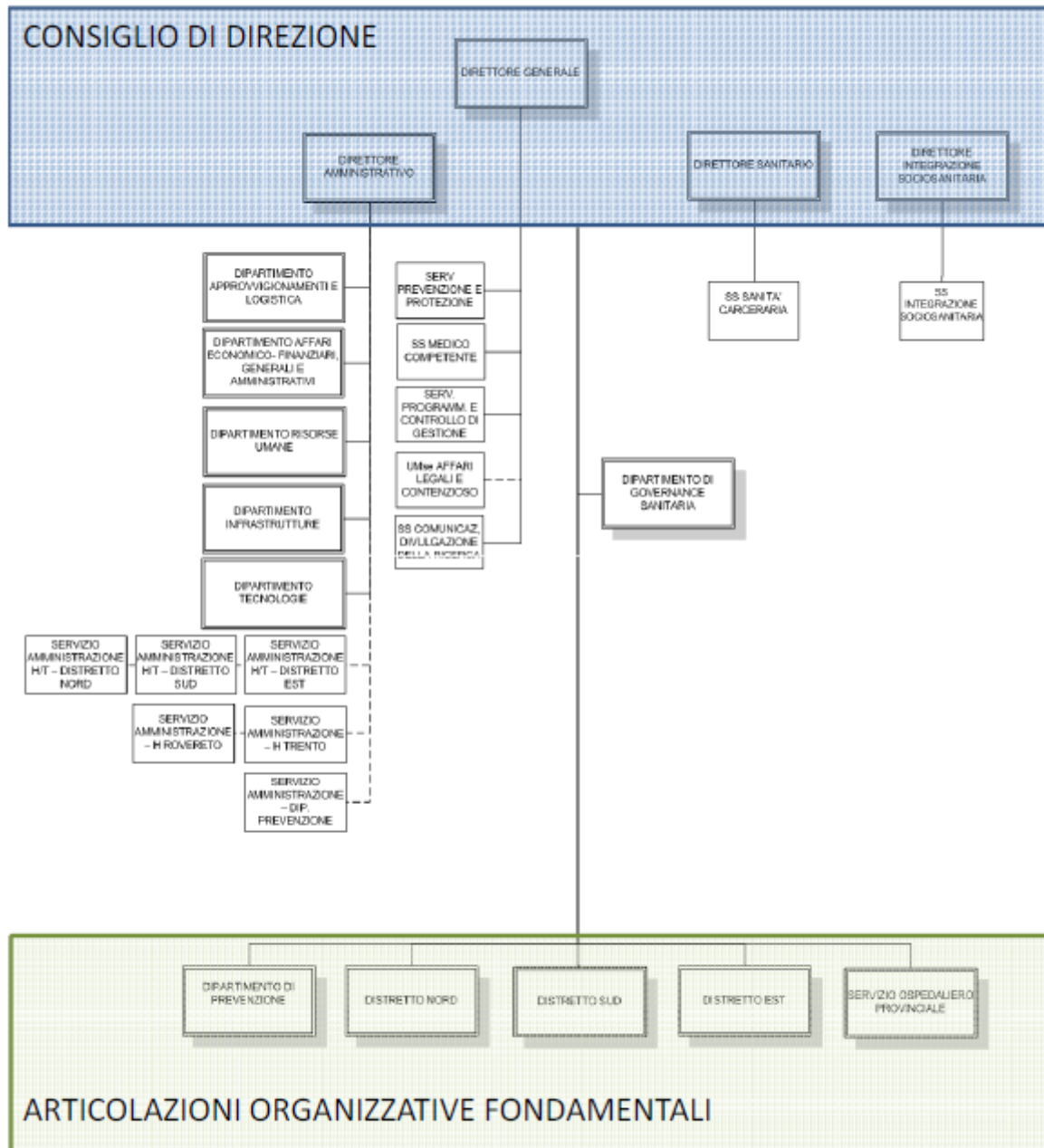
Gli Uffici costituiscono strutture non dirigenziali di supporto all'esercizio delle funzioni delle strutture dirigenziali di riferimento.

Gli Incarichi speciali sono articolazioni di natura non dirigenziale istituiti per lo svolgimento di compiti di amministrazione attiva, consultiva, di studio e di ricerca ad alto contenuto professionale, per attività ispettive e di controllo oppure per attività di natura tecnico

professionale.

Tale struttura organizzativa può essere così sinteticamente rappresentata (estratto del nuovo organigramma aziendale al 19/09/2025):

L'AZIENDA PROVINCIALE PER I SERVIZI SANITARI



— Linea continua = afferenza gerarchica
 - - - Linea tratteggiata = afferenza funzionale

1.4 IL CONTESTO ECONOMICO E SOCIALE DEL TRENTINO

Il PIAO di APSS non può non originare da una valutazione del contesto provinciale nel quale si inserisce e più in generale del contesto nazionale e internazionale. In tal senso sembra doveroso contestualizzare il presente documento, richiamando in premessa quanto di più significativo viene riportato nei seguenti documenti presenti sul sito della Provincia Autonoma di Trento al link <https://www.provincia.tn.it/Amministrazione/Programmazione>:

- Documento di Economia e Finanza Provinciale (DEFP) 2026-2028;
- Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza Provinciale (NADEFP) 2026-2028;
- Strategia provinciale della XVII Legislatura con l'Allegato sul Sistema informativo degli indicatori statistici;
- Seconda Relazione sullo stato di attuazione del programma per la XVII Legislatura - ottobre 2025.

Nel 2025, il Trentino attraversa una fase di **crescita economica moderata**, rallentata rispetto al passato ma resiliente grazie alla spesa turistica e agli investimenti pubblici del PNRR, che compensano la flessione dell'edilizia privata. Il mercato del lavoro si conferma solido con una disoccupazione ai minimi storici sebbene permangano criticità strutturali quali la **carenza di manodopera**, il disallineamento delle competenze e un persistente divario di genere nei tassi di inattività e nei livelli salariali. Sul fronte sociale, il territorio affronta la sfida dell'**inverno demografico**, caratterizzato da un progressivo invecchiamento della popolazione e un calo della natalità compensato solo dai flussi migratori, richiedendo un adattamento del sistema di welfare e del sistema sanitario.

Per il contesto economico del 2025 si possono rappresentare i seguenti indicatori chiave:

- **PIL:** l'economia provinciale nel 2024 è rimasta in fase espansiva con una crescita del PIL stimata intorno allo 0,8% in termini reali, in linea con la media nazionale. Per il 2025 si stima una crescita dello 0,5% influenzata dal rallentamento della domanda estera;
- **occupazione:** il mercato del lavoro si conferma in espansione. Nel 2024 il tasso di occupazione (15-64 anni) ha raggiunto il 71,2%, posizionandosi su livelli superiori sia al Nord-est (70,4%) che alla media nazionale (62,2%). Nel primo semestre 2025 il tasso è ulteriormente salito al 71,4%;
- **disoccupazione:** il tasso di disoccupazione è sceso al 2,7% nel 2024 (livello ai minimi storici) e ulteriormente al 2,4% nella prima metà del 2025, evidenziando una forte capacità di assorbimento della forza lavoro.

Allo stesso modo si possono evidenziare i seguenti punti di forza:

- **sistema dell'innovazione e della ricerca:** la forte sinergia tra APSS, Università di Trento, Fondazione Bruno Kessler (FBK) e il sistema della ricerca locale costituisce un asset strategico per lo sviluppo della sanità digitale (Fascicolo Sanitario 2.0, Telemedicina, piattaforma TreC+, Intelligenza Artificiale) e per l'attrattività dei talenti, anche in vista della piena operatività della Scuola di Medicina e Chirurgia e della trasformazione di APSS in Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino;
- **resilienza economica:** nonostante l'incertezza globale, l'economia trentina cresce sostenuta da un mercato del lavoro in espansione con disoccupazione ai minimi storici. Questo contesto garantisce stabilità alle risorse provinciali destinate al welfare;

- **risorse per investimenti pubblici:** il territorio beneficia di una straordinaria stagione di investimenti grazie al PNRR e PNC (oltre 1,51 miliardi complessivi), fondamentali per l'ammodernamento tecnologico e strutturale.

Le maggiori criticità per il contesto economico possono essere così sintetizzate:

- **divari salariali e qualità del lavoro:** le retribuzioni medie in Trentino risultano inferiori rispetto all'Alto Adige e, per alcuni profili qualificati, al Nord-Est. Questo riduce l'attrattività del territorio per i "talenti" e crea difficoltà nel reperimento di manodopera;
- **carenza di manodopera:** il 58,9% delle imprese trentine fatica a trovare figure professionali, una percentuale superiore alla media nazionale (47,9%) e del Nord-est (53,7%). Il mercato del lavoro deve far fronte a una riduzione della classe d'età 35-44 anni, erosa dai bassi tassi di natalità, creando uno squilibrio generazionale che incide sulla disponibilità di forza lavoro;
- **rallentamento dell'edilizia residenziale:** si registra una flessione nel comparto residenziale dovuta alla fine degli incentivi fiscali e all'aumento dei costi delle materie prime;
- **incertezza internazionale:** l'economia è esposta alle tensioni geopolitiche e al rallentamento del commercio globale, che frenano l'export manifatturiero;
- **dipendenza dalla finanza pubblica:** la spesa locale è fortemente legata alle dinamiche del bilancio provinciale; la futura riduzione dei fondi PNRR richiederà una gestione attenta per mantenere i livelli di investimento.

Relativamente al contesto sociale per il 2025 si rappresentano i seguenti indicatori chiave:

- **indice di vecchiaia:** l'indice di vecchiaia in Trentino (**187,1**) si conferma inferiore alla media nazionale (che ha superato quota **207,6**), ma il trend di invecchiamento è in netta accelerazione rispetto agli anni precedenti;
- **tasso di fecondità:** il tasso di fecondità in Trentino (circa **1,26** figli per donna a livello provinciale) ha subito un calo negli ultimi anni anche se rimane superiore alla media nazionale (**1,18** figli per donna);
- **reddito disponibile pro capite:** il reddito medio in Trentino (circa **25.000 € annui**) resta stabilmente superiore alla media nazionale (**22.359 €**), sebbene si registri una perdita di potere d'acquisto dovuta all'inflazione e una persistenza del divario economico tra il capoluogo e le valli periferiche;
- **tasso di inattività:** il tasso di inattività femminile (sceso al **31,4%**) resta comunque nettamente superiore a quello maschile (che si attesta intorno al **22,2%**);
- **indice di grave deprivazione materiale e sociale:** il Trentino mantiene un indice di deprivazione estremamente contenuto (**0,1%**), nettamente inferiore alla media italiana (**4,6%**), confermandosi come uno dei territori con il minor rischio di esclusione sociale nel Paese.

Allo stesso modo si possono evidenziare i seguenti punti di forza:

- **elevata qualità della vita:** il Trentino si posiziona al primo posto tra le province italiane con la migliore qualità della vita nel rapporto sulla *Qualità della Vita 2025* (Sole 24 Ore). Questo risultato è attribuibile a diversi fattori, tra cui la bassa criminalità, la qualità dei servizi pubblici, l'ambiente naturale e il tessuto sociale coeso;
- **solidità del sistema di welfare:** la Provincia Autonoma di Trento continua a destinare risorse crescenti al sistema di welfare territoriale, garantendo un'ampia

gamma di servizi a sostegno delle famiglie, degli anziani, dei disabili e dei soggetti più vulnerabili;

- **attenzione alle politiche per la famiglia:** la Provincia ha rafforzato le misure strutturali per la natalità potenziando l'Assegno Unico Provinciale, garantendo il bonus per la nascita del terzo figlio e la "dote finanziaria" per sostenere l'autonomia dei giovani e la natalità, introducendo nuove agevolazioni per l'accesso ai servizi per la prima infanzia (nidi gratis o calmierati) e strumenti di conciliazione vita-lavoro per i neogenitori.

Le maggiori criticità per il contesto sociale possono essere così sintetizzate:

- **invecchiamento della popolazione:** l'indice di vecchiaia in Trentino ha subito un'ulteriore accelerazione con un rapporto sempre più sbilanciato tra popolazione attiva e pensionati. Questo trend acuisce la pressione sulla sostenibilità del sistema pensionistico e del sistema socio-sanitario;
- **divari di genere nel mercato del lavoro:** nonostante lievi miglioramenti, permane un divario strutturale nel mercato del lavoro. Questa disparità evidenzia la necessità di interventi per favorire l'occupazione femminile, migliorando la conciliazione tra lavoro e vita privata;
- **disuguaglianze territoriali:** esiste un divario nell'accessibilità ai servizi tra i centri urbani e le valli periferiche/montane. Questo alimenta il rischio di spopolamento delle aree montane e rende più costosa l'erogazione dei servizi.

Le previsioni per il 2026 delineano, per la Provincia autonoma di Trento, uno scenario di **crescita moderata con un rafforzamento del PIL rispetto all'anno precedente (+0,8%)**, sostenuto dalla concretizzazione dei grandi investimenti pubblici, in particolare quelli finanziati con le risorse derivanti dal PNRR e dall'evento globale dei XXV Giochi Olimpici Invernali Milano Cortina 2026.

I principali fattori di rischio, già in parte anticipati nei paragrafi precedenti, sono:

- **l'incertezza geopolitica e commerciale:** le tensioni geopolitiche e l'incertezza sulle politiche commerciali, in particolare l'eventuale introduzione di nuovi dazi da parte degli Stati Uniti, potrebbero penalizzare le esportazioni trentine. Inoltre, la debolezza economica della Germania, principale partner commerciale, rischia di ridurre la domanda estera;
- **inverno demografico e carenza di manodopera:** il calo della natalità e il progressivo invecchiamento della popolazione creano uno squilibrio generazionale che impatta sulla disponibilità di forza lavoro. Le imprese faticano a trovare personale qualificato (disallineamento tra domanda e offerta), una criticità che potrebbe limitare la capacità produttiva.

Per il 2026 si possono comunque evidenziare le seguenti opportunità:

- **le Olimpiadi e Paralimpiadi Invernali 2026:** il 2026 sarà l'anno dei Giochi Olimpici Invernali Milano-Cortina. Questo evento rappresenta una vetrina mondiale e un volano economico significativo, con ricadute stimate in oltre 2 miliardi di euro per l'area alpina. Gli investimenti riguardano non solo le infrastrutture sportive ma anche la mobilità e la riqualificazione delle strutture ricettive;
- **conclusione degli investimenti PNRR:** il 2026 è l'anno di scadenza per la maggior parte degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. La messa a terra definitiva di questi investimenti (per un valore complessivo sul territorio di oltre 1,5

miliardi di euro) darà un forte impulso all'economia, in particolare per la digitalizzazione, la sanità territoriale (Case della Comunità) e la transizione ecologica;

- **innovazione e nuovi poli tecnologici:** nel 2026 è previsto il completamento e l'attivazione di infrastrutture strategiche come il Polo Idrogeno a Rovereto e il Polo Scienze della Vita, favorendo la nascita di startup e l'attrazione di investimenti in settori ad alta tecnologia;
- **l'evoluzione del Sistema Sanitario:** la trasformazione di APSS nella nuova Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (Asuit) permetterà di integrare meglio assistenza, didattica e ricerca, aumentando l'attrattività del sistema sanitario per i professionisti e migliorando la qualità delle cure;
- **digitalizzazione e cybersecurity:** gli investimenti nella connettività e nella sicurezza informatica renderanno il territorio più competitivo e resiliente agli attacchi cyber, migliorando i servizi per cittadini e imprese.

Per affrontare tali sfide e cogliere le opportunità del 2026, la Provincia autonoma di Trento sta implementando una serie di politiche e interventi in settori chiave, oltre a quelle già citate legate al PNRR e alla nascita di Asuit:

- **sostegno alle famiglie:** interventi strutturali per le famiglie che mirano al superamento dei bonus *una tantum* e alla riduzione della burocrazia, per invertire la tendenza al calo demografico trasformando il Trentino in un territorio più favorevole alla natalità e alla conciliazione vita-lavoro;
- **sgravi fiscali:** ridurre il carico fiscale sulle famiglie e sulle imprese favorendo il potere d'acquisto e l'attrazione di forza lavoro;
- **formazione e reclutamento:** superare la carenza di manodopera non solo tramite la formazione interna, ma anche attraverso canali di reclutamento internazionali mirati e qualificati, per inserire lavoratori nei settori più critici come il turismo e l'industria.
- **transizione digitale e sicurezza:** investimenti importanti nella digitalizzazione dei servizi e nella sicurezza informatica (cybersecurity) per proteggere i dati sensibili e garantire la continuità operativa;
- **innovazione organizzativa:** introduzione progressiva dell'Intelligenza Artificiale nei processi amministrativi per liberare risorse da attività ripetitive e dedicarle a servizi a maggior valore aggiunto per l'utenza.

In conclusione, il contesto economico e sociale del Trentino nel 2025 si presenta dinamico, con punti di forza e criticità che richiedono un'attenta valutazione. Le proiezioni per il 2026 indicano una stabilizzazione della crescita economica, trainata dalla fase conclusiva dei cantieri PNRR e dalla realizzazione delle opere strategiche per le Olimpiadi Invernali. Le politiche per il 2026 mirano a consolidare il sistema tramite interventi strutturali sia sul fronte sociale che sul fronte economico.

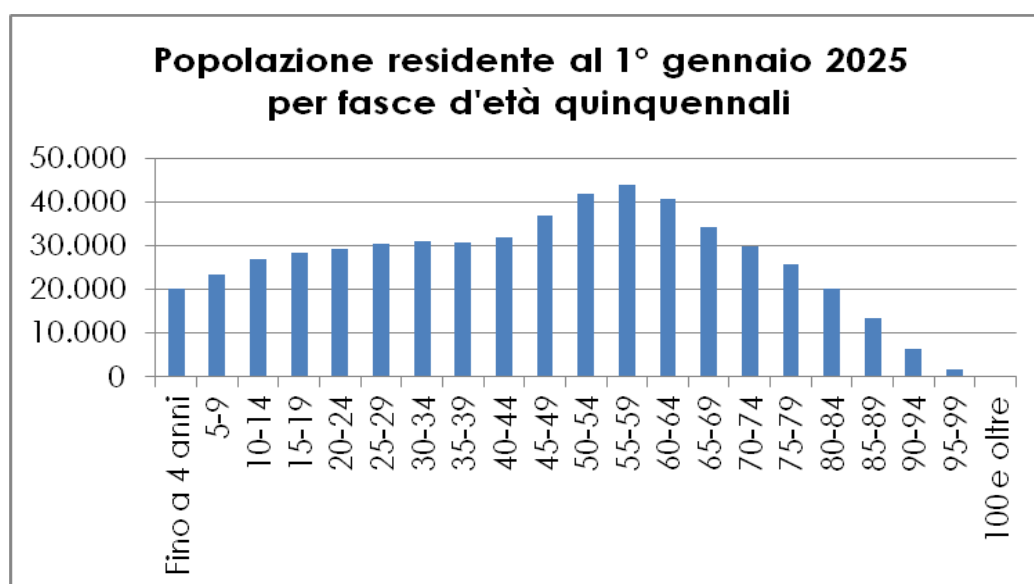
Richiamati gli elementi principali di contesto, il territorio nel quale svolge le proprie funzioni APSS è quello della provincia di Trento. Situato nella regione alpina, esso ha una superficie di 6.207,12 km. Si suddivide amministrativamente in 166 Comuni e 16 Comunità di Valle.



Provincia autonoma di Trento: le comunità di valle

Il territorio ha una popolazione residente complessiva di 546.709 abitanti². La popolazione è distribuita su un territorio montano (oltre il 70% del territorio è situato ad un'altitudine superiore ai 1.000 metri e la popolazione residente ad un'altitudine superiore ai 750 metri è pari a quasi 87.000 persone³. Tali aspetti influenzano in modo importante anche il settore sanitario, in quanto la dinamica della popolazione e le sue caratteristiche evidenziando bisogni ed esigenze diversificate.

La distribuzione della popolazione residente della Provincia Autonoma di Trento al 01/01/2025, per fasce d'età quinquennali è la seguente:



Fonte TAV. I.25 - Popolazione residente al 1° gennaio 2025 per fasce d'età quinquennali (ISPAT - Istituto di Statistica della Provincia Autonoma di Trento)

² Fonte: TAV. I.25 (01.01.2025) ISPAT - Istituto di Statistica della Provincia Autonoma di Trento.

³ Fonte: TAV. 2.02 (2023) ISPAT - Istituto di Statistica della Provincia Autonoma di Trento.

La forte componente di attività turistiche, che caratterizza l'intero territorio provinciale, fa sì inoltre che alla popolazione assistibile si debbano aggiungere i turisti, che determinano circa 19,6 milioni di presenze annue⁴.

APSS si colloca all'interno di un contesto storico, sociale ed economico di riconosciuto spiccato senso civico, ove l'attenzione posta dall'opinione pubblica sulla qualità dei servizi erogati ai cittadini, tra i quali quelli socio sanitari, è di stimolo a percorsi di miglioramento continuo della qualità e rappresenta anche punto di forza nei processi di prevenzione della corruzione sui quali si tornerà nell'apposita sezione di questo documento.

L'attenzione e il controllo su tematiche di importanza primaria, quali il buon funzionamento del sistema sanitario provinciale, sono favoriti anche dalla presenza sul territorio di una pluralità di media (diverse testate giornalistiche locali – cartacee e on line – e diverse emittenti televisive), veicoli attraverso i quali i cittadini esprimono le loro opinioni anche sulla qualità dei servizi erogati.

L'APSS ha rapporti contrattuali e convenzionali con 6 strutture ospedaliere e 30 strutture ambulatoriali private, 17 studi odontoiatrici, 11 studi di psicologia, 57 Residenze Sanitarie Assistenziali, 1 RSA di sollievo a bassa intensità, 11 RSA per gestione punti prelievo, 34 strutture socio sanitarie, 25 centri diurni anziani, 6 strutture termali.

In Provincia di Trento l'incidenza dell'offerta del privato accreditato/convenzionato è complementare rispetto all'offerta pubblica. Complessivamente, i posti letto di degenza nelle strutture ospedaliere sono 1.427 (deliberazione del Direttore generale n. 92 del 09/02/2023) ai quali vanno aggiunti circa 736 posti letto di degenza ospedaliera accreditata.

I dipendenti dell'APSS in servizio al 30/11/2025 sono 9.041 (dato riferito alle "teste piene") cui vanno aggiunti 533 medici convenzionati (Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali) e 187 collaboratori esterni così suddivisi: 59 unità di personale somministrato, 127 dirigenti libero professionisti e 1 incarico di co.co.co.. Erano inoltre presenti: n. 16 comandati in entrata, n. 22 professori universitari e n. 2 ricercatori universitari.

⁴ Fonte: tavola XIII.12 "Arrivi e presenze negli esercizi ricettivi, negli alloggi privati e nelle seconde case per provenienza e mese – anno 2024" ISPAT (Istituto di Statistica della Provincia Autonoma di Trento).

SEZIONE 2: VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 VALORE PUBBLICO

Valore pubblico per l'APSS è – in sintesi – garantire la salute pubblica delle persone attraverso il miglioramento continuo della qualità dei servizi erogati, l'integrazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale per la migliore presa in carico dei pazienti e il potenziamento dei sistemi di digitalizzazione. Con il passaggio ad Asuit si rafforzerà ulteriormente il valore pubblico come descritto, con l'apporto di nuovi valori incentrati sulla didattica e sulla ricerca per un miglioramento continuo dell'attività assistenziale.

La declinazione del valore pubblico nell'ambito del PIAO deve tenere conto, oltre che delle esigenze dell'organizzazione, delle aspettative dei diversi stakeholder, tra cui le associazioni dei pazienti e dei cittadini.

In quest'ottica APSS ha avviato nel corso del 2025 un percorso condiviso con la Consulta provinciale per la salute, che si è concretizzato nell'invio a dicembre 2025 di un questionario alle associazioni, tramite la piattaforma Wooclap, che tocca i principali aspetti sia della pianificazione strategica che della rendicontazione sociale di APSS. I risultati della consultazione saranno oggetto di analisi e confronto con la Consulta provinciale per la salute e potranno essere tenuti in considerazione per orientare la programmazione futura, in modo che sia sempre più allineata ai bisogni reali e percepiti della comunità.

Per il raggiungimento di tale valore pubblico APSS agisce sulla base di una pianificazione pluriennale provinciale e aziendale e con la definizione di linee strategiche triennali a scorrimento su cui vengono individuati gli obiettivi aziendali da raggiungere. Con il passaggio ad Asuit la pianificazione e la definizione delle linee strategiche relativamente all'assistenza integrata vedrà anche la partecipazione dell'Università.

2.1.1 Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico – PASS 2023-2027

Il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2023-2027, adottato con deliberazione del Direttore generale n. 190 del 20/03/2023 ai sensi dell'articolo 28 della L.P. 16/2010, rappresenta la seguente vision su un orizzonte quinquennale di attività: **una sanità semplice, partecipata, vicina alla persona, con un'Azienda sanitaria presente che offra le cure migliori per una salute responsabile.**

Si rimanda alla lettura del documento⁵ per un dettaglio più analitico delle linee strategiche di pianificazione individuate nell'ambito del mandato dell'attuale direzione strategica.

2.1.2 Le linee strategiche 2026-2028

Il Piano per la salute del Trentino 2015-2025 (il Piano per il prossimo decennio è in corso di predisposizione a livello provinciale) ha individuato nel rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria e nella riorganizzazione delle reti ospedaliera e delle cure primarie gli ambiti primari di intervento in un'ottica pluriennale per rispondere alla crescente differenziazione dei bisogni e alla riduzione delle risorse.

⁵ [Programma Aziendale di Sviluppo Strategico 2023-2027](#)

Il Programma provinciale della XVII Legislatura, approvato nel corso del 2024, nell'ambito dell'area strategica 5 "Salute e benessere durante tutte le fasi di vita dei cittadini", si concentra sul miglioramento del sistema sanitario e socio-sanitario del Trentino. L'obiettivo principale è garantire il benessere dei cittadini, con particolare attenzione alle persone più fragili e vulnerabili. Gli obiettivi specifici in questa area strategica includono:

- la promozione di un sistema sanitario innovativo e la valorizzazione delle eccellenze e dei professionisti sanitari per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, garantendo al contempo l'accessibilità e l'efficacia dei processi di prevenzione e promozione della salute;
- l'implementazione dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria sul territorio e la qualificazione della rete ospedaliera, per sviluppare un'assistenza territoriale più forte, con particolare attenzione all'assistenza domiciliare e all'integrazione ospedale-territorio, mirando a qualificare l'assistenza e le strutture ospedaliere, concentrandosi sulla cura dei pazienti più acuti;
- la creazione di una rete ospedaliera integrata a misura di Trentino, con la realizzazione del "Polo Ospedaliero e Universitario del Trentino" come centro principale costituzione di Asuit per le attività integrate di assistenza, didattica e ricerca e la costruzione di un nuovo ospedale per le Valli di Fiemme, Fassa e Cembra, al fine di riorganizzare l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari in senso territoriale;
- la garanzia della piena inclusione dei soggetti più vulnerabili e fragili, per sostenere la rete dei servizi sociali territoriali e promuovere modelli assistenziali innovativi che valorizzino l'integrazione socio-sanitaria, le reti di solidarietà e le sinergie con il Terzo settore, mirando a prevenire e promuovere l'invecchiamento attivo, differenziando le risposte assistenziali rivolte alle persone anziane e non autosufficienti.

Tenendo in considerazione i documenti di pianificazione e le direttive individuate nell'introduzione, la programmazione delle attività per il 2026 è sviluppata all'interno della cornice definita dal Programma di sviluppo strategico 2023-2027. Sulla base di questi sono stati individuate le seguenti principali linee strategiche per il 2026, che troveranno concretizzazione all'interno del percorso di budget:

A – Costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (Asuit)

B – PNRR e attuazione del DM 77

C – Valorizzazione delle risorse umane

D – Piano della Prevenzione 2026-2031

A – Costituzione dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (Asuit)

La legge provinciale del 9 dicembre 2025 n. 8, che ha modificato la legge provinciale 23 luglio 2010 n. 16 (legge provinciale sulla tutela della salute), ha costituito l'**Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino** nel rispetto della disciplina del decreto legislativo 21 dicembre 1999 n. 517.

Il processo di trasformazione di APSS in Asuit costituisce un grande elemento di novità dal punto di vista amministrativo ed istituzionale pur avvenendo in continuità giuridica, fiscale, patrimoniale e contrattuale.

Dal 01/01/2026 prenderà avvio un processo di integrazione tra il sistema sanitario ed il sistema universitario che interesserà le attività assistenziali, didattiche e di ricerca finalizzate al miglioramento della tutela della salute della popolazione e della formazione dei professionisti che operano nella sanità.

La sottoscrizione da parte della Provincia autonoma di Trento e dell'Università di Trento del **Protocollo d'intesa per l'attività integrata** costituirà allo stesso tempo un momento importante per dare avvio alla fase strutturalmente organizzata dell'integrazione delle rispettive attività istituzionali, ma rappresenta anche il coronamento di una collaborazione sempre più stretta tra Provincia Autonoma di Trento (PAT), Università di Trento (UNITN) e APSS.

Fin dall'anno accademico 2020/2021 è stato avviato presso l'Università degli Studi di Trento il Corso di laurea magistrale interateneo in medicina e chirurgia a seguito della sottoscrizione tra le Università degli Studi di Trento e di Verona dell'Accordo Federativo ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 240/2010, finalizzato a regolare la collaborazione fra le due Università per l'istituzione della Scuola di Medicina e Chirurgia con sede presso l'Università degli Studi di Trento.

A dicembre 2020 è stato sottoscritto da Provincia autonoma di Trento, Università degli Studi di Trento, Università degli Studi di Verona e Azienda provinciale per i servizi sanitari l'Accordo quadro per l'attivazione della Scuola di Medicina e Chirurgia Interateneo con sede a Trento, nel quale sono stati disciplinati i rapporti tra le università ed il Servizio sanitario provinciale per lo svolgimento delle attività assistenziali nell'ambito dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari.

Nei primi mesi del 2024 è stata attivata la Scuola di Medicina e Chirurgia Interateneo, struttura istituita congiuntamente dagli atenei di Trento e di Verona e a partire dall'anno accademico 2024/2025 sono state accreditate le prime tre scuole di specializzazione medica (Anestesia e Rianimazione, Neurologia e Radiodiagnostica).

A maggio 2024 è stato sottoscritto da Provincia autonoma di Trento e Università degli Studi di Trento il primo Protocollo d'intesa per lo svolgimento delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca al fine di realizzare il coordinamento delle funzioni istituzionali della Provincia in materia di tutela della salute e dell'Università degli studi di Trento in materia di didattica e ricerca, promuovendo e disciplinando l'integrazione tra Servizio sanitario provinciale e l'Università degli Studi di Trento nelle attività assistenziale, di didattica e di ricerca.

Con l'anno accademico 2025/2026 sono state accreditate altre due scuole di specializzazione medica (Anatomia patologica e Medicina di emergenza urgenza).

Con la futura adozione del **nuovo Atto aziendale di Asuit**, verranno ridefinite la mission e la vision aziendali nonché i valori e principi di riferimento. Il documento disciplinerà l'istituzione e il funzionamento degli organismi previsti dalla normativa provinciale e attuerà una riorganizzazione complessiva, formalizzando la composizione dei Dipartimenti ad attività integrata (DAI) e la distinzione tra strutture aziendali a direzione universitaria e a direzione ospedaliera.

La trasformazione da APSS ad Asuit rappresenterà un passaggio cruciale anche in un'ottica di rafforzamento delle attività di ricerca e innovazione.

Come previsto dalla legge provinciale del 9 dicembre 2025 n. 8, Asuit e l'Università degli Studi di Trento collaboreranno allo svolgimento di attività di ricerca in ambito sanitario e socio-sanitario.

Per assicurare la promozione ed il coordinamento delle attività di ricerca svolte da Asuit e dall'Università degli Studi di Trento, verrà attivata la figura del Responsabile Scientifico, nominato dal Direttore Generale di Asuit.

Verrà quindi avviato un processo strutturato di collaborazione tra Asuit e UNITN, finalizzato a promuovere progetti congiunti di ricerca clinica e traslazionale, favorire la condivisione di competenze e infrastrutture e sviluppare percorsi di formazione e gestione di

conoscenze per il personale sanitario e i ricercatori. Sarà necessario altresì un rafforzamento strutturale delle funzioni dedicate alla ricerca e la creazione di nuove infrastrutture.

B – PNRR e attuazione del DM 77

La principale componente del programma Next Generation EU (NGEU) è il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (Recovery and Resilience Facility, RRF), che ha una durata di sei anni - prevista dal 2021 al 2026 - e una dimensione finanziaria complessiva di circa 750 miliardi di euro destinato a sostenere i Paesi membri dell'Unione Europea nella loro ripresa economica e a favorire la transizione verso un'economia orientata alla digitalizzazione ed innovazione, alla transizione ecologica ed alla inclusione sociale.

Sulla **Missione 6 “Salute”** sono stanziati a livello nazionale circa 18,5 miliardi con la finalità di consolidare e rafforzare la prevenzione ed i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure.

La Missione 6 salute (M6) contiene tutti gli interventi a titolarità del Ministero della Salute suddivisi in due componenti (C):

M6C1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale, che mira a potenziare la protezione dai rischi sanitari ambientali e climatici e rispondendo meglio alle esigenze delle comunità in materia di cure e assistenza a livello locale.

- Case della Comunità e presa in carico della persona;
- Casa come primo luogo di cura e telemedicina:
 - Casa come primo luogo di cura (ADI);
 - Implementazione delle Centrali operative territoriali (COT);
 - Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.
- Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).

M6C2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario, che mira a garantire le condizioni necessarie per una maggiore resilienza del Servizio sanitario nazionale tramite la sostituzione di tecnologie sanitarie obsolete negli ospedali, lo sviluppo di un significativo miglioramento strutturale nella sicurezza degli edifici ospedalieri, il miglioramento dei sistemi informativi e degli strumenti digitali sanitari, la promozione e il rafforzamento del settore della ricerca scientifica e il potenziamento delle risorse umane.

1. Ammodernamento tecnologico e digitale, attraverso la digitalizzazione delle strutture ospedaliere (DEA), il miglioramento dell'infrastruttura dati ed il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico.
2. Ricerca biomedica, favorendo il potenziamento della ricerca scientifica nel settore sanitario.
3. Sviluppo delle competenze, con la formazione tecnico-professionale, digitale e manageriale per il personale del Servizio Sanitario Nazionale.
4. Ospedali sicuri e sostenibili, con il miglioramento strutturale del patrimonio immobiliare sanitario.

Per la prima linea di intervento M6C1 si richiama l'avanzamento infrastrutturale, di interconnessione tecnologica e di dotazione delle attrezzature sanitarie relativamente alle

iniziative ed agli obiettivi collegati al DM 77/2022, in cui sono specificamente richiamati il modello organizzativo e le risorse umane previste dagli standard indicati nella normativa nazionale e recepiti nell'ambito dell'assetto previsto dagli indirizzi provinciali.

Le Case della Comunità previste dalla programmazione in Trentino sono 14:

- Distretto Est: Pergine Valsugana, Borgo Valsugana, Primiero, Predazzo, Sen Jan di Fassa;
- Distretto Nord: Trento Sud (Centro Servizi Sanitari), Trento Nord (via Urnthervergher), Mezzolombardo, Cles, Malè;
- Distretto Sud: Rovereto, Ala, Riva del Garda e a Tione (in via di progettazione)

In attuazione di quanto previsto dalla DGP 223 del 10/02/2023, dal 2023 è stata avviata la *"fase 1 di pianificazione e realizzazione delle strutture"* con fondi PNRR che si concluderà nel 2026.

Il 20 marzo 2025, AGENAS ha diffuso le Linee guida per comprovare il raggiungimento del target PNRR M6C1-3 "Case della Comunità messe a disposizione e dotate di attrezzature tecnologiche" (integrate e modificate il 19 dicembre 2025) consentendo l'avvio nella nostra provincia della *"fase 2 di pianificazione organizzativa"*, che si è conclusa con l'approvazione da parte di APSS - quale soggetto attuatore delegato ed in puntuale accordo con la PAT ed in recepimento delle prime linee di indirizzo strategico provinciale - del *"Documento Aziendale per l'Avvio e lo Sviluppo delle Case della Comunità"*, all'interno del quale è descritto il percorso di implementazione progressiva del modello organizzativo (deliberazione del Direttore Generale n. 807 di data 28/11/2025). Per ogni Casa della Comunità è prevista, inoltre, la produzione di un *"Documento di Avvio e Sviluppo"* specifico, nel quale viene descritto in dettaglio il modello di funzionamento della singola struttura anche in relazione alle specificità del territorio e del contesto in cui essa è inserita.

Con l'approvazione di tale documento ha preso avvio la *"fase 3 di Avvio e Sviluppo delle Case della Comunità"* nella quale sono previste le aperture ufficiali delle strutture con relativo impatto informativo sulla popolazione; nel mese di dicembre 2025 sono state inaugurate le prime due Case della Comunità, ad Ala e a Malè, ed è stato definito il calendario delle aperture delle altre strutture nei primi mesi del 2026. E' previsto, inoltre, il confronto strutturato con Enti locali, Servizi Sociali delle Comunità di Valle, Ordini professionali, Enti del Terzo Settore e Associazioni di cittadini per raccogliere contributi e proposte di modifica in vista della formulazione di *"Documenti di funzionamento"* delle Case della Comunità che ne descrivano il modello organizzativo a regime a conclusione di questa fase.

Tra marzo e aprile 2026 è prevista la *"fase 4 di Certificazione"* in cui esperti indipendenti individuati a fine 2025 saranno incaricati di verificare l'effettivo funzionamento delle strutture secondo le indicazioni di AGENAS. La fase si concluderà con l'espletamento - in stretto raccordo con le strutture provinciali deputate - di tutte le incombenze necessarie a comprovare il raggiungimento del target.

Poiché l'avvio delle Case della Comunità si accompagna ad una importante revisione dell'assetto dell'assistenza territoriale, è prevista anche una *"fase 5 di Consolidamento e Sviluppo"* nella quale tutto quanto è stato avviato nelle fasi precedenti trovi un progressivo adattamento e sviluppo.

Per la seconda linea di intervento M6C2, l'investimento garantisce l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (in gran parte già realizzato) ed interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione dei Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA). L'intervento integra quanto già previsto in attuazione

dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020, ovvero le iniziative di rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN individuate ed appositamente finanziate all'interno del Piano di potenziamento dell'offerta ospedaliera.

Relativamente alla componente infrastrutturale l'investimento mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica. Gli investimenti riguardano in modo particolare la realizzazione di almeno 10 Case della Comunità, 5 Centrali operative territoriali già pienamente funzionanti (i centri di coordinamento per la presa in carico dei bisogni di salute del paziente hanno ricevuto la certificazione senza rilievi da parte dell'ingegnere indipendente nel 2024) e 4 Ospedali di Comunità (di cui 3 con lavori conclusi o in fase di completamento). Questi interventi si aggiungono alle azioni già avviate per il rinnovamento e l'ammodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio immobiliare sanitario previste dalla programmazione provinciale. Per l'attuazione di questo investimento si prevede di completare gli interventi indicati a livello nazionale entro i termini previsti dalla disciplina e dalle linee guida vigenti in materia PNRR.

Il consolidamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione, avviene attraverso il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), al fine di garantire la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio da parte degli assistiti e degli operatori.

Il FSE svolge la funzione di punto di accesso per le persone e per i pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal Servizio Sanitario Provinciale e quale base dati per i professionisti sanitari, contenente informazioni cliniche omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente. In quest'ambito, di particolare rilevanza e impatto organizzativo è l'attività di rinnovo del nuovo sistema informativo ospedaliero.

Si evidenziano i progressi significativi nella digitalizzazione del sistema sanitario, con l'avvio dei servizi di telemedicina, il potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0, la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico e l'installazione di 26 grandi apparecchiature, di cui 23 già collaudate.

Gli investimenti relativi allo sviluppo e rafforzamento delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario provinciale prevedono da un lato il consolidamento nei livelli di adozione ed utilizzo del FSE (anche attraverso la diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0) e dall'altro lato la formazione specialistica degli operatori e professionisti sanitari nella prevenzione e gestione delle infezioni ospedaliere o collegate all'assistenza.

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono infatti che gli operatori e i professionisti sanitari siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adequatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal Servizio sanitario nazionale.

Parallelamente, e sempre nell'ambito di una visione anche attenta all'equità di accesso ed alle esigenze dei territori, è stata promossa l'attivazione di un modello di ospedale policentrico in cui i centri specializzati per patologia vengono opportunamente distribuiti all'interno della rete, garantendo la complementarietà e sussidiarietà delle strutture ospedaliere.

A settembre 2025 la stima del plafond di risorse PNRR già assegnate o in assegnazione al Trentino ammonta nel complesso a circa **1,51 miliardi di euro** a fronte di oltre 8.200 progetti.

Quanto alle risorse finanziarie, per la Missione 6 "Salute" nell'ambito territoriale di competenza della Provincia Autonoma di Trento, i valori ammontano complessivamente ad oltre € 142 milioni, di cui quasi 103 milioni sono risorse dell'Unione europea – NextGenerationEU, 14,6 milioni del Fondo complementare (PNC) e 25 milioni di cofinanziamento provinciale. Nel dettaglio degli interventi più significativi, si evidenzia che per la realizzazione delle Case della Comunità (CdC) sono destinati circa 31,38 milioni di euro, per il rafforzamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) 24,24 milioni di euro, per la realizzazione di posti letto in terapia intensiva e semi-intensiva 19,33 milioni di euro e per l'intervento "Verso un ospedale sicuro e sostenibile – adeguamento antisismico" 18,35 milioni di euro. Per la Digitalizzazione Dipartimenti emergenza (DEA) I e II livello sono previsti 11,88 milioni di euro, per la realizzazione degli Ospedali di comunità 10,12 milioni e per l'acquisizione di grandi apparecchiature sanitarie 10,38 milioni di euro. Per il rafforzamento dei servizi di Telemedicina per pazienti cronici 4,37 milioni aggiornati a 7,6 milioni con il riparto di risorse residue.

C – Valorizzazione delle risorse umane

In una organizzazione complessa come quella dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento l'attenzione alle persone che vi lavorano rappresenta la prima linea strategica che deve essere perseguita. È quindi obiettivo strategico dell'Azienda orientare la propria azione verso politiche di sviluppo e valorizzazione delle persone che lavorano all'interno dell'organizzazione con azioni plurime (economiche, di sviluppo professionale e di benessere organizzativo), orientate ai principi di inclusione di tutte le professionalità e che mettano *la persona al centro* con attenzione particolare allo sviluppo delle competenze gestionali e comunicative delle persone a cui vengono affidati ruoli di responsabilità e di coordinamento.

Le persone che lavorano nel settore sanitario sono state interessate da una grande evoluzione dal momento della istituzione del ssn. Oggi il personale delle aziende sanitarie si caratterizza per: la compresenza di molte generazioni (effetto del posticipo dell'età pensionabile), l'incremento della presenza femminile anche in ruoli diversi da quelli tradizionali (il ruolo infermieristico è sempre stato in larghissima maggioranza rappresentato da donne ma si è assistito a una progressiva femminilizzazione anche della professione medica); un'ampia presenza di professioni diverse (sanitarie, professionali tecniche, amministrative).

Nell'ultimo decennio le organizzazioni sanitarie sono state interessate dal fenomeno della carenza di molte figure professionali. Tale fenomeno ha riguardato prima i medici specialisti (con particolare riguardo ad alcune discipline, pediatri, anestesisti, medici di urgenza, igienisti e medici di ossb) ma sempre più rilevante è la carenza di altre figure professionali in particolare infermieri e tecnici sanitari. Nei prossimi anni saranno loro a raggiungere il picco pensionistico e non vi sarà un mercato del lavoro adeguato a soddisfare le cessazioni che si produrranno. In questo contesto così variegato e in costante movimento, assume un'importanza fondamentale lavorare su percorsi che aiutino da un lato ad attrarre le/i professioniste/i e dall'altro a trattenere quelli che già lavorano, migliorando e favorendo il lavoro all'interno delle organizzazioni sia da un punto di vista della qualità professionale sia dal punto di vista dell'armonizzazione del lavoro con la vita personale.

Il futuro della gestione delle risorse umane dunque deve affrontare le sfide della rivoluzione demografica, del progresso tecnologico e della crisi del sistema professionale.

Si aggiunga poi che la valorizzazione delle persone che lavorano in Azienda rileva anche da un punto di vista economico considerato che nelle organizzazioni sanitarie la spesa

per il personale rappresenta una parte significativa del bilancio aziendale (circa un quarto).

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento ha messo in atto molteplici strumenti e strategie finalizzate alla valorizzazione delle risorse umane, allo sviluppo professionale e all'attenzione al benessere organizzativo. Questa linea strategica aziendale deve continuare ad essere implementata anche negli anni futuri. In particolare in stretta collaborazione tra Azienda e Provincia autonoma di Trento si è pervenuti alla sottoscrizione dei nuovi contratti collettivi provinciali di lavoro per il personale non dirigenziale del comparto sanità e per la dirigenza sanitaria. Si tratta di contratti con contenuti sia giuridici che economici molto rilevanti per dare risposta a un significativo miglioramento del trattamento economico del personale in servizio con riconoscimento importante nelle aree di maggior disagio. I contratti collettivi contribuiranno inoltre a rendere sempre più attrattiva la nostra provincia verso i professionisti provenienti da altre Regioni; per questa ragione **nel 2026 va potenziato e aggiornato il progetto "attrattività"** per rispondere alla carenza strutturale di personale, sempre più centrata sulle professioni sanitarie e segnatamente sugli infermieri oltre che su alcune specialità mediche.

La valorizzazione delle persone che lavorano in Azienda deve incentrarsi sulla **qualità del lavoro** e sullo sviluppo delle competenze. Particolare attenzione andrà posta all'attività di ricerca e sviluppo, incentivata anche dalla trasformazione di APSS in Asuit e dalla collaborazione con altri Centri di eccellenza sul territorio, che possono supportare e orientare verso l'innovazione legata all'intelligenza artificiale. In quest'ottica va riconosciuto, valorizzato e sostenuto il grande impegno dell'Azienda nell'ambito della formazione continua che riguarda tutti i professionisti dell'Azienda.

In continuità con il costante impegno di APSS nel settore della **sicurezza sul lavoro**, va costantemente mantenuto e monitorato l'impegno rivolto al tema degli agiti aggressivi, dando attuazione al relativo Piano (PREVIOS). Nel 2026 si dovranno sviluppare azioni di analisi di clima organizzativo e sviluppare la valutazione del rischio stress lavoro correlato.

Tutte queste azioni dovranno costituire la base per l'individuazione di interventi mirati da parte dell'Azienda nell'ambito del **benessere organizzativo**. In quest'ambito deve essere data continuità agli interventi di work-life balance (smart working, PER.LA, asilo nido, lunghe assenze), innovandoli e valutando eventuali ulteriori azioni anche rispetto alle nuove proposte di mercato sul tema del welfare aziendale. In questo ambito si richiama il Piano di Equità di genere e le linee di attività in esso previste da integrare con quelle suggerite dal Comitato Unico di Garanzia.

Da ultimo, anche in collegamento con il nuovo impulso che potrebbe avere la ricerca all'interno dell'Azienda, va ripreso e sviluppato l'ambito della **medicina di genere**.

D – Piano della Prevenzione 2026-2031

Durante il 2026 dovrà essere predisposto il nuovo Piano provinciale della Prevenzione 2026-2031. La pianificazione provinciale dovrà essere svolta a partire dall'omonimo piano nazionale, disponibile solo in bozza al momento della stesura di questo testo. Molto verosimilmente il Piano nazionale della prevenzione verrà rilasciato entro la prima metà del 2026, lasciando la seconda metà dell'anno alle regioni e province autonome al fine della pianificazione locale. Il nuovo piano provinciale potrebbe essere quindi deliberato entro la fine del 2026, analogamente a quanto è avvenuto nel 2021 con il piano precedente.

Il presente obiettivo strategico è dunque formulato tenendo conto dei macro obiettivi contenuti nella bozza del piano nazionale 2026-2031; gli obiettivi sono 7, uno in più rispetto

al piano precedente:

1. Malattie croniche non trasmissibili
2. Dipendenze e problemi correlati
3. Incidenti domestici e stradali
4. Salute, sicurezza e benessere dei lavoratori
5. Ambiente, clima e salute
6. Malattie infettive prioritarie
7. Sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (nuovo)

Per raggiungere questi obiettivi e i rispettivi indicatori il Ministero della salute ha predefinito 14 programmi che dovranno essere implementati a livello provinciale a seguito della fase della pianificazione locale da svolgersi nella seconda metà del 2026. A livello provinciale potranno essere aggiunti programmi cosiddetti "liberi" se ritenuto opportuno.

I programmi predefiniti, che come in passato nel loro insieme coprono i diversi setting (servizio sanitario, scuola, lavoro, comunità) e abbracciano l'intero arco della vita sono:

PP1 "Scuole che Promuovono Salute"

PP2 "Comunità attive"

PP3 "Luoghi di lavoro che promuovono salute"

PP4 "Dipendenze"

PP5 "Piano mirato di prevenzione (PMP) per la definizione di modello di monitoraggio della qualità e dell'efficacia della formazione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro"

PP6 "Prevenzione del rischio cancerogeno e reprotossico professionale, del sovraccarico biomeccanico e dei rischi psicosociali"

PP7 "Prevenzione in edilizia, agricoltura e nell'utilizzo sicuro di macchine e attrezzature di lavoro"

PP8 "Screening oncologici organizzati per la prevenzione e la diagnosi precoce dei tumori"

PP9 "Ambiente, clima e salute"

PP10 "Sorveglianza e controllo delle malattie infettive in ambito umano"

PP11 "Prevenzione nella gestione integrata della cronicità"

PP12 "Promozione della salute nei primi mille giorni"

PP13 "Malattie trasmissibili con gli alimenti, tutela della salute dei consumatori e nutrizione"

PP14 "Problematiche sanitarie emergenti nell'ambito degli animali da compagnia"

Nel 2026 dovranno quindi essere individuati i referenti dei programmi e le singole azioni necessarie al raggiungimento degli obiettivi specifici di ogni singolo programma predefinito. Deve essere altresì esaminata la fattibilità e opportunità di eventuali programmi liberi aggiuntivi, in accordo con i referenti provinciali del piano a livello del Dipartimento salute e politiche sociali della Provincia autonoma di Trento.

Dovranno essere inoltre valutati i possibili effetti sulle disuguaglianze dei programmi e delle

azioni finalizzate a una maggiore equità. Anche il futuro piano provinciale della prevenzione dovrà avere un carattere intersettoriale con diversi attori extrasanitari coinvolti, dal mondo della scuola, alle associazioni e a diversi enti ed istituzioni.

2.1.3 Semplificazione e digitalizzazione

Il D.L. 9 giugno 2021, n. 80, all'art. 6, lett. e) prevede che le amministrazioni definiscano nel PIAO l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, al fine di ridurre il peso della burocrazia su cittadini ed imprese e rendere più chiaro, comprensibile, rapido e snello il funzionamento dell'Amministrazione, eliminando adempimenti e passaggi procedurali inutili, avvalendosi anche della digitalizzazione.

L'articolo 17 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 (CAD - Codice dell'amministrazione digitale), dispone che le pubbliche amministrazioni garantiscano l'attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la digitalizzazione dell'amministrazione affidando ad un unico ufficio dirigenziale generale la transizione alla modalità operativa digitale e i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di un'amministrazione digitale e aperta, di servizi facilmente utilizzabili e di qualità attraverso una maggiore efficienza ed economicità. In relazione a tale disposizione normativa le pubbliche amministrazioni sono tenute a individuare il Responsabile della transizione al digitale.

APSS ha individuato il Responsabile della transizione digitale già nel 2018 e da ultimo con deliberazione del direttore generale n. 731/2022 nella figura del Direttore del Dipartimento tecnologie.

Di seguito una sintesi delle azioni intraprese lo scorso anno 2025 e la linea di indirizzo e di intervento per l'anno 2026.

Le azioni intraprese nel 2025

Accessibilità digitale alla documentazione sanitaria

Come definito dal PIAO 2025-2027 è stata varata la nuova Cartella Clinica Elettronica con la messa in esercizio di tutti i presidi di Pronto Soccorso ad eccezione di Cavalese, previsto nel prossimo mese di marzo. Il nuovo sistema sviluppa una nuova accessibilità alla documentazione sanitaria ed è il primo pillar di accesso al Fascicolo Sanitario 2.0.

Digitalizzazione del fascicolo personale dipendenti

Il progetto HR ha come obiettivo la digitalizzazione completa del fascicolo del dipendente. Nel 2025 è stata svolta una lunga fase di analisi che ha puntato a coniugare le esigenze legacy di gestione del Dipartimento Risorse Umane e le esigenze di gestione di processo sanitario evidenziate dalle professionalità di dominio sanitario. Il progetto, partendo dalla suite fornita dal fornitore ha sviluppato l'80% delle evolutive e andrà in produzione nel primo semestre del 2026 con i primi moduli.

Pago PA

È stata messa completamente a regime l'integrazione con la piattaforma di pagamento PagoPA.

Formazione lean management

Nel 2025, proseguendo l'esperienza sperimentale del 2024 è stata svolta una intensa attività formativa sia per i Direttori che per un team esteso di analisti di processo. Il

progetto, terminato proprio nel mese di dicembre 2025, ha portato anche in dote un'analisi di tre processi chiave (la gestione delle donazioni, la gestione del parco auto e la gestione degli acquisti di dispositivi medici). In aggiunta a questo lavoro laboratoriale sono stati sviluppati i cosiddetti "modelli A" che hanno restituito una rappresentazione analitica del lavoro degli uffici con un peso percentuale delle attività rilevanti.

Le azioni previste per il 2026

Intelligenza artificiale e produttività individuale

In Azienda, considerando anche la trasformazione imminente in Azienda Universitaria Integrata, intendiamo diffondere l'utilizzo degli strumenti di intelligenza artificiale non solo per utilizzi clinici o nei processi sanitari ma anche come strumento di produttività individuale. Nei primi due mesi del 2026 si perfezionerà quindi un progetto di diffusione degli strumenti Google di AI avanzata attraverso un corso di formazione ad hoc e l'abilitazione conseguente del profilo Gemini.

Oltre a questo nel mese di gennaio 2026 verrà presentata la policy per l'utilizzo dell'AI in Azienda, che diventerà punto di riferimento organizzativo e comportamentale; questa policy ha lo scopo di definire le opportunità ma anche i rischi dell'utilizzo dell'AI e la definizione delle corrette modalità di utilizzo.

Controllo accessi

Un progetto di innovazione rilevante consisterà nella messa in produzione - nel corso del 2025 è stata sviluppata l'analisi - di un sistema automatico per il controllo degli accessi ai sistemi informativi da parte del personale sanitario. Si conosce l'importanza della congruità e liceità dell'accesso e la relativa attenzione delle istituzioni di garanzia. Il nuovo ambiente software verificherà dai log di sistema la coerenza e produrrà avvisi in grado di consentire la piena gestione delle anomalie.

Cybersecurity

Le recenti normative in materia di cyber security impongono una forte riflessione organizzativa interna all'Azienda, data la dimensione trasversale del tema (che comprende i sistemi informativi, gli accessi fisici, le telecamere e tutti gli apparati elettromedicali). Nel corso dell'anno 2026 si intende sviluppare un progetto integrato di azioni che sviluppi anche una nuova dimensione organizzativa a presidio della filiera di sicurezza dei dati.

Trentino Health Factory (THF)

Progetto finanziato dal Fondo di Sviluppo Regionale, THF mira a sviluppare una piattaforma di dati sui quali sviluppare progetti di intelligenza artificiale orientati all'uso secondario dei dati. Di traiettoria biennale nel corso del 2025 il progetto - in stretta collaborazione con la Fondazione Bruno Kessler - mira a consolidare le prime fonti e a prototipare almeno due processi.

2.2 PERFORMANCE – PIANI DI SETTORE 2026-2028

I Piani di Settore sono lo strumento che l'Azienda utilizza per governare specifici ambiti oggetto dei piani. Contengono le linee strategiche e gli obiettivi operativi da raggiungere nell'arco temporale di un triennio. Si riepiloga il contenuto dei piani di settore con le attività programmate per il triennio 2026-2028 per governare i processi aziendali trasversali alle diverse aree di gestione dell'Azienda, con particolare attenzione alle attività a maggiore impatto sul sistema sanitario, ai progetti innovativi e agli interventi di qualificazione organizzativa, professionale e tecnologica.

Di seguito l'elenco dei Piani di Settore attivi:

- Piano della Qualità
- Piano delle Reti Cliniche
- Piano per la Gestione della sicurezza del paziente
- Piano dei Tempi di attesa
- Piano della Comunicazione
- Piano delle Infrastrutture e delle Attrezzature sanitarie
- Piano delle Tecnologie
- Piano degli Approvvigionamenti di Beni e Servizi

Di seguito sono presentate in sintesi le principali strategie ed obiettivi definiti per ciascun Piano di settore.

2.2.1 Qualità

Strategie di sviluppo del piano

Autorizzazione e accreditamento

L'accreditamento, sia istituzionale che volontario, è strumento di promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e richiede il coinvolgimento di tutti gli operatori e di tutte le strutture. L'accreditamento è volto al miglioramento multidimensionale della qualità e a garantire l'uniformità delle prestazioni e dei servizi erogati, nell'ottica di una sempre maggiore corrispondenza alle attese ed alle necessità di tutti i portatori di interesse, anche mediante l'adozione degli opportuni correttivi gestionali e organizzativi.

Nell'ambito dell'autorizzazione all'esercizio e dell'accreditamento istituzionale, l'APSS nel triennio 2026 – 2028 sarà impegnata, in continuità con il triennio precedente, nelle attività di adeguamento, miglioramento e ottimizzazione connesse all'implementazione dei requisiti di qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie e delle reti cliniche.

Verranno proseguite e ampliate le attività finalizzate al mantenimento degli accreditamenti/certificazioni volontari ritenuti strategici dalla Direzione aziendale (JCI, BFI, ISO, ecc.). Le principali attività pianificate per il prossimo triennio sono riportate nella tabella a seguire; ulteriori programmi di accreditamento volontario di strutture sanitarie verranno valutati sotto il profilo tecnico e amministrativo del corso del 2026.

Attività	Data Inizio	Data Fine
ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE APSS		
Verifiche su strutture ospedaliere e territoriali come da criteri di eleggibilità e secondo le procedure di verifica adottate dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della PAT	primavera-26	inverno-26
ACCREDITAMENTO JCI Ospedale di Trento		
Mock Survey con Progea in preparazione alla survey	primavera -27	primavera -27
Survey JCI	autunno -27	autunno -27
ACCREDITAMENTO JACIE SSD Ematologia		
Audit di revisione documentale	autunno -26	autunno -26
ACCREDITAMENTO CNT PMA Arco		
Visita ispettiva	primavera-26	primavera-26
ACCREDITAMENTO BFHI		

visite di rivalutazione BFHI per i 4 Punti Nascita e la Comunità	autunno -25	primavera -26
ACCREDITAMENTO Laboratorio Patologia clinica e microbiologia secondo la ISO 15189 (ACCREDIA)		
visita di sorveglianza annuale	novembre -25	
visita di riaccreditamento	novembre -26	
visita di sorveglianza annuale	novembre -27	
Certificazione BUREAU VERITAS Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i tumori della vescica		
visita di sorveglianza annuale	autunno -25	
visita di sorveglianza annuale	autunno -26	
visita di ricertificazione	autunno 27	
Accreditamento degli Emergency Medical Team (EMT-PAT)		
Visita di accreditamento	autunno -26	

Miglioramento continuo di qualità dei processi, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione delle cure

Nell'ambito della gestione per la qualità vengono attuati programmi, progetti, strumenti e interventi che favoriscono un approccio sistemico al miglioramento continuo della qualità (che interessano tutte le articolazioni organizzative, le unità operative, i piani e gli obiettivi aziendali sia di ambito sanitario che di supporto tecnico ed amministrativo) e che assumono una particolare rilevanza nell'ottimizzare e valutare la capacità dei servizi erogati, sia in ambito sanitario che sociosanitario, di realizzare la missione istituzionale aziendale, aderire ai migliori standard (organizzativi e assistenziali) di riferimento e di generare valore per il paziente, per l'Azienda e per la comunità.

Nel triennio 2026-2028, si prevede di continuare lo sviluppo del sistema qualità aziendale in un'ottica di crescente uniformità e garanzia del supporto richiesto a tutte le strutture aziendali con configurazione nell'odierna organizzazione aziendale di una rete di referenti/facilitatori per la qualità che promuovano un'operatività coerente con il modello "policentrico" di riferimento per la strategia aziendale.

L'approccio alla qualità, in continuità con gli anni passati, verrà garantito anche attraverso:

1. l'ottimizzazione e l'uniformità di gestione operativa e performance dei processi aziendali, mediante l'adozione di una molteplicità di strumenti e soluzioni di mappatura, analisi, pianificazione e miglioramento;
2. la promozione di modelli assistenziali e pratiche cliniche efficaci e appropriati;
3. l'adozione di strumenti e di indicatori per la valutazione delle clinical competence identificando le aree dei traguardi raggiunti e dei miglioramenti potenziali in relazione ai comportamenti individuali, alla crescita professionale e alle performance;
4. la promozione di specifici interventi atti a mantenere alta l'attenzione dei professionisti su pratiche rilevanti quali ad esempio il controllo del dolore, il ricorso sicuro ed appropriato a procedure diagnostiche e terapeutiche, il consenso informato e la gestione del cambiamento di setting (transizioni);
5. l'umanizzazione dei setting assistenziali e l'orientamento di servizi e percorsi a pazienti/cittadini da rilevare anche mediante specifici strumenti di analisi di atteggiamenti, soddisfazione ed esperienza;
6. la sperimentazione di strumenti di integrazione e co-produzione dei servizi mediante modelli organizzativi e agenti di prossimità (link worker) per connettere i pazienti a servizi non clinici per migliorare la salute e il benessere delle persone in condizioni di maggiore vulnerabilità.

Obiettivi triennali del Piano Qualità

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Programma di valutazione e miglioramento clinical competence	<p>Aggiornare il sistema di mappatura attraverso:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Revisione dei cataloghi di attività clinica delle UU.OO. del SOP 2.Costruzione di un sistema di indicatori a supporto della valutazione delle competenze 3.Aggiornamento dell'assegnazione delle competenze. <p>Analizzare la mappatura delle competenze cliniche in ottica prospettica, predisponendo un piano di sviluppo del personale (competenze da acquisire, da redistribuire e da rinforzare).</p>	<p>Prosecuzione dell'analisi della mappatura in altri ambiti iniziata nel 2025:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Redazione di un Piano di sviluppo del personale per gli ambiti individuati • Set di indicatori in relazione alle competenze risultate critiche negli ambiti prescelti 	90% delle schede di assegnazione delle clinical competence caricate e completate	Consolidamento del programma di valutazione e miglioramento clinical competence
Attivazione di un sistema di indicatori di monitoraggio dinamico dell'attività clinica	<ol style="list-style-type: none"> 1.Individuazione di infrastrutture, strumenti, indicatori clinici e processi 2.Realizzazione progetto pilota 	<p>Validazione del set di indicatori per l'appropriatezza dell'attività clinica</p> <p>Risultati preliminari dell'attività di monitoraggio</p>	Implementazione di strumenti e processi di monitoraggio dinamico degli indicatori clinici	Consolidamento dell'utilizzo degli indicatori clinici nella valutazione delle performance e degli esiti
Progettazione di un di sistema indicatori per l'appropriatezza dell'attività di specialistica ambulatoriale e privato accreditato	<p>Definizione di un set di indicatori per l'appropriatezza dell'attività di specialistica ambulatoriale</p> <p>Progetto pilota di implementazione</p>	<p>Validazione del set di indicatori per l'appropriatezza dell'attività di specialistica ambulatoriale</p> <p>Risultati preliminari monitoraggio</p>	Implementazione del set di indicatori per l'appropriatezza dell'attività di specialistica ambulatoriale	Consolidamento dell'utilizzo del set di indicatori per l'appropriatezza dell'attività di specialistica ambulatoriale
Programma di audit di qualità	Attivare un sistema di audit su specifici requisiti di qualità e (es. sulla documentazione clinica, protocolli clinici/PDTA)	10% delle U.O. interessate auditate	10% delle U.O. interessate auditate	10% delle U.O. interessate auditate
Mantenimento dell'accreditamento istituzionale strutture aziendali	Conformità ai requisiti di riferimento	<p>Attività connesse con la preparazione e attuazione delle verifiche di riaccreditamento da parte della PAT</p> <p>Risoluzione delle prescrizioni nei tempi e nei modi stabiliti dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della PAT</p> <p>Mantenimento e monitoraggio della conformità ai requisiti richiesti dalle procedure di accreditamento</p>	<p>Attività connesse con la preparazione e attuazione delle verifiche di riaccreditamento da parte della PAT</p> <p>Risoluzione delle prescrizioni nei tempi e nei modi stabiliti dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della PAT</p> <p>Mantenimento e monitoraggio della conformità ai requisiti richiesti dalle procedure di accreditamento</p>	<p>Attività connesse con la preparazione e attuazione delle verifiche di riaccreditamento da parte della PAT</p> <p>Risoluzione delle prescrizioni nei tempi e nei modi stabiliti dall'Organismo Tecnicamente Accreditante della PAT</p> <p>Mantenimento e monitoraggio della conformità ai requisiti richiesti dalle procedure di accreditamento</p>

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Mantenimento degli Accreditementi volontari	Conformità agli standard di riferimento	Attività connesse con la preparazione e attuazione delle verifiche di riaccreditamento Risoluzione delle prescrizioni nei tempi e nei modi stabiliti dagli enti certificatori Mantenimento e monitoraggio della conformità agli standard richiesti dalle procedure di accreditamento	Attività connesse con la preparazione e attuazione delle verifiche di riaccreditamento Risoluzione delle prescrizioni nei tempi e nei modi stabiliti dagli enti certificatori Mantenimento e monitoraggio della conformità agli standard richiesti dalle procedure di accreditamento	Attività connesse con la preparazione e attuazione delle verifiche di riaccreditamento Risoluzione delle prescrizioni nei tempi e nei modi stabiliti dagli enti certificatori Mantenimento e monitoraggio della conformità agli standard richiesti dalle procedure di accreditamento
Accreditamento delle attività laboratoristiche	Attività connesse al cronoprogramma di accreditamento stabilito dalla PAT (DGP 1547 del 25 agosto 2023)	Attività connesse con la preparazione e attuazione della visita ispettiva per l'accreditamento secondo la ISO 15189 (ACCREDIA)	Visita di sorveglianza annuale per la verifica del mantenimento dei requisiti della seconda la ISO 15189 (ACCREDIA)	Visita di sorveglianza annuale per la verifica del mantenimento dei requisiti della seconda la ISO 15189 (ACCREDIA)
Rete dei referenti qualità aziendali	Implementazione della rete dei referenti qualità aziendali	Formalizzazione della rete dei referenti qualità aziendali e attuazione di una iniziativa pilota di gestione di conoscenza rivolta ai referenti medesimi Emanazione di politica per la qualità aziendale	Consolidamento della rete dei referenti qualità aziendali	Realizzazione di nuove iniziative di gestione di conoscenza
Monitoraggio e verifica di appropriatezza attività sanitarie e sociosanitarie	Implementazione di strumenti, criteri e indicatori nei setting ambulatoriale, della riabilitazione ospedaliera post-acuzie e della residenzialità territoriale	Applicazione delle nuove procedure e strumenti di vigilanza tecnico-sanitaria alle strutture della salute mentale Definizione di nuove procedure e strumenti di vigilanza tecnico-sanitaria all'ambito della disabilità Realizzazione di un audit su indicatori clinici del "cruscotto RSA"	Aggiornamento delle attività pianificate. Attuazione di attività di monitoraggio, vigilanza, controllo e miglioramento definite e sperimentate per i setting assistenziali in esame	Attuazione di azioni di monitoraggio, vigilanza, controllo e miglioramento definite e sperimentate per i setting assistenziali in esame
Indagini di qualità percepita	Indagine annuale di soddisfazione dei pazienti rispetto alla gestione del dolore in ospedale e al domicilio Progetto di rilevazione della soddisfazione e esperienza del cittadino/paziente con copertura dei principali servizi aziendali (PREMs)	Indagine effettuata e analisi dei risultati	Indagine effettuata e analisi dei risultati	Indagine effettuata e analisi dei risultati
Standardizzazione sistema gestione documenti per qualità e accreditamento	Politiche e procedure ospedaliere gestite in modo standardizzato e uniforme nel Servizio Ospedaliero Provinciale	Sviluppo e applicazione di un sistema di gestione documentale e di monitoraggio standardizzato e uniforme	Mantenimento di un sistema di gestione documentale e di monitoraggio standardizzato e uniforme	Mantenimento di un sistema di gestione documentale e di monitoraggio standardizzato e uniforme
Standardizzazione dei processi chirurgici	Percorsi e procedure per standardizzare e monitorare i processi chirurgici	Implementazione di percorsi e procedure per standardizzare i processi chirurgici	Applicazione di percorsi e procedure per standardizzare i processi chirurgici	Applicazione di percorsi e procedure per standardizzare i processi chirurgici

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Standardizzazione di processi trasversali	Implementazione di procedure per standardizzare alcuni processi trasversali	Implementazione di procedure per standardizzare processi trasversali (processo di informazione e consenso, processo della sedazione procedurale, processo gestione maxi-emergenze PEIMAF)	Applicazione di procedure per standardizzare processi trasversali (processo di informazione e consenso, processo della sedazione procedurale, processo gestione maxi-emergenze PEIMAF)	Applicazione di procedure per standardizzare processi trasversali (processo di informazione e consenso, processo della sedazione procedurale, processo gestione maxi-emergenze PEIMAF)
Monitoraggio della cartella clinica	Monitoraggio della cartella clinica su campione definito di cartelle cliniche chiuse nelle strutture ospedaliere del Servizio Ospedaliero Provinciale	Applicazione degli strumenti di monitoraggio della cartella clinica su campione definito di cartelle cliniche chiuse (5% dimessi max 40 cartelle)	Applicazione degli strumenti di monitoraggio della cartella clinica su campione definito di cartelle cliniche chiuse (5% dimessi max 40 cartelle)	Applicazione degli strumenti di monitoraggio della cartella clinica su campione definito di cartelle cliniche chiuse (5% dimessi max 40 cartelle)
Programma di controlli sugli accessi alla documentazione sanitaria	Automatizzare l'attività di controlli prevista ai sensi delle Linee guida del Garante per la protezione dati personali in materia di Dossier Sanitario Elettronico (DSE) di data 4 giugno 2015 (punto 7)	Definizione di un nuovo modello organizzativo attraverso la realizzazione di un sistema automatizzato	Attuazione e monitoraggio del processo automatizzato	Attuazione e monitoraggio del processo automatizzato
Aderenza a linee guida per la pratica clinica: implementazione (applicazione e monitoraggio) dei protocolli multidisciplinari Fast Track/ERAS (Early Recovery After Surgery)	Aderenza a pratiche di riferimento previste dai protocolli di pertinenza Fast Track (procedure ortopediche) o ERAS (procedure chirurgiche)	≥70% di aderenza agli item oggetti di monitoraggio su un campione di cartelle cliniche dimensionato e selezionato in relazione a protocolli di pertinenza per le unità operative coinvolte Verifica di fattibilità della certificazione internazionale ERAS per le attività chirurgiche	≥80% di aderenza agli item oggetti di monitoraggio su un campione di cartelle dimensionato e selezionato in relazione a protocolli di pertinenza per le unità operative coinvolte Step correlati a valutazione di fattibilità della certificazione internazionale ERAS	≥80% di aderenza agli item oggetti di monitoraggio su un campione di cartelle dimensionato e selezionato in relazione a protocolli di pertinenza per le unità operative coinvolte
Implementazione del nuovo programma aziendale HTA (Health Technology Assessment)	Azioni di sviluppo del programma aziendale HTA (Health Technology Assessment).	Definizione del modello organizzativo per l'attuazione del programma aziendale HTA (Health Technology Assessment) Azioni di gestione di conoscenza e valutazione connesse all'attuazione del programma aziendale HTA (Health Technology Assessment)	Implementazione del programma aziendale HTA (Health Technology Assessment)	Applicazione del programma aziendale di HTA (Health Technology Assessment)

2.2.2 Reti cliniche

Strategie di sviluppo del piano

Nel prossimo triennio l'Azienda, pur mantenendo ferme le attività di sviluppo e ottimizzazione delle reti cliniche secondo i modelli organizzativi e le pratiche di riferimento, nonché l'elaborazione e la revisione dei PDTA (con una prospettiva orientata a crescente attenzione alla condizione di poli-patologia e fragilità) e le azioni di supporto alla loro diffusione e implementazione ritiene essenziale al fine di garantire le funzioni di tutela e committenza, promuovere un'attività di sistematico monitoraggio dei processi e degli esiti clinico-assistenziali per il paziente e per la popolazione assistita, con particolare attenzione ad accessibilità, efficacia e garanzia di appropriatezza delle prestazioni erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Provinciale.

Il Piano si sviluppa su alcuni ambiti di rete che si connotano per la presenza di mandati istituzionali, per la strutturazione di reti e/o percorsi, anche non oggetto di altri piani dedicati e trasversali alle diverse articolazioni organizzative aziendali, per i quali è strategico promuovere un approccio complessivo e integrato di gestione di sistemi e misure di monitoraggio continuo (in progress e a consuntivo). La ricerca dei livelli ottimali di performance, rispetto agli indicatori individuati, comporta la condivisione di principi, valori e cultura, la gestione condivisa interprofessionale di conoscenze e il supporto all'implementazione dei PDTA mediante forme organizzative, modalità operative e pratiche professionali rispondenti ai bisogni dei pazienti e all'evoluzione delle linee guida per la pratica clinica, delle best practice tecnico-professionali di riferimento.

L'obiettivo è realizzare un monitoraggio sistematico, basato su un set definito di indicatori individuati dai referenti clinici coinvolti finalizzato all'ottimizzazione della rete e/o del percorso mediante l'attuazione di un processo virtuoso di miglioramento continuo secondo la logica del ciclo Plan-Do-Check/Study-Act i modelli di riferimento pertinenti per gli ambiti assistenziali in oggetto. Il sistema di monitoraggio e valutazione dovrà essere sviluppato in modo da consentire una lettura e un'analisi tempestiva degli eventi registrati e utilizzati per il monitoraggio dei percorsi, al fine di individuare prestazioni, pratiche e modalità di gestione della patologia più appropriate in relazione alla stratificazione dei bisogni della popolazione, nonché intervenendo tempestivamente con misure correttive su dati anomali o situazioni critiche derivanti da scostamento dall'andamento atteso e da risultati non in linea con lo standard di riferimento provinciale o nazionale. L'attività di valutazione si sviluppa sia mediante azioni di audit (sulla qualità dei dati e di tipo clinico-organizzativo) nonché mediante analisi descrittive di morbidità della popolazione, la clusterizzazione delle patologie e l'analisi dell'impatto assistenziale delle stesse con dati locali e puntuali. Il piano concorre a favorire il presidio dell'uniformità, equità e sostenibilità dei modelli e degli interventi di assistenza rivolti alle patologie/condizioni cliniche in esame.

In relazione ai diversi obiettivi del piano, trasversalmente, è sempre interessato il Servizio governance clinica ed è previsto il coinvolgimento di strutture e soggetti di riferimento per il coordinamento di reti e percorsi, della Direzione medica ospedaliera e della Direzione delle professioni sanitarie del Servizio Ospedaliero Provinciale (in particolare per le reti tempo-dipendenti, la rete oncologica e il percorso DAMA), della Direzione di Distretto, del Dipartimento di Prevenzione e delle Unità operative e dei Dipartimenti aziendali coinvolti nella rete e nella definizione, attuazione e applicazione dei vari PDTA. Ulteriori strutture coinvolte, in relazione agli specifici ambiti di competenza, comprendono il Servizio epidemiologia clinica e valutativa, il Servizio di Governance dei Processi delle Professioni Sanitarie, il Servizio Politiche del Farmaco e Assistenza Farmaceutica, il Servizio di

Specialistica Ambulatoriale, il Servizio di Programmazione e Controllo di Gestione e il Dipartimento Tecnologie.

Il Piano sarà oggetto di costante revisione e aggiornamento in relazione alle priorità strategiche di coordinamento, sviluppo e ottimizzazione delle reti cliniche e all'andamento delle attività monitorate nell'ambito del presente piano.

Obiettivi triennali del Piano Reti cliniche

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Rete Oncologica Trentina (ROT): implementazione	Sviluppo della rete in relazione a criteri e requisiti di riferimento (DGP. n 643 del 14 aprile 2023 e DDG n. 368 del 25 maggio 2023) e documento "Requisiti essenziali per la valutazione delle performance delle reti oncologiche" (Rep. atti n.165/CSR del 26 luglio 2023) PDTA aggiornati e/o di nuova elaborazione	Audit & feedback basato su indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito dei PDTA in essere Elaborazione di nuovi PDTA (almeno 2 nuovi PDTA) e aggiornamento dei percorsi in essere Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete con miglioramento rispetto al 2025 Attivazione del Molecular Tumor Board Applicazione dei PDTA oncologici attivi Disponibilità di soluzioni informatiche a supporto della rete oncologica	Audit & feedback basato indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito dei PDTA in essere con miglioramento delle performance rispetto agli anni precedenti Elaborazione di nuovi PDTA (almeno 2 nuovi PDTA) e aggiornamento dei percorsi in essere Valutazione complessiva delle performance della rete con miglioramento rispetto al 2026 Monitoraggio delle attività del Molecular Tumor Board Disponibilità di soluzioni informatiche a supporto della rete oncologica	Aggiornamento di almeno n.1 PDTA Elaborazione di almeno 1 nuovo PDTA Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete Valutazione complessiva delle performance della rete con miglioramento rispetto al 2026 Monitoraggio delle attività del Molecular Tumor Board
Rete cardiologica per l'emergenza (REC): definizione e implementazione dei PDT, monitoraggio sistematico dell'applicazione	Audit & feedback basato su Indicatori clinici correlati ai PDT in essere Elaborazione di nuovi percorsi	Implementazione dei PDT definiti negli anni precedenti Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori monitorati, miglioramento rispetto al 2025 e ampliamento del monitoraggio a nuovi indicatori Valutazione iniziale per l'aggiornamento PDT Arresto cardiaco extraospedaliero alla luce delle nuove linee guida e revisione degli indicatori alla luce dei dati disponibili Elaborazione di un nuovo PDT	Aggiornamento PDT Arresto cardiaco extraospedaliero Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori monitorati e miglioramento rispetto al 2026 e ampliamento del monitoraggio a nuovi indicatori	Revisione di un PDT alla luce di nuove evidenze Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori monitorati e miglioramento rispetto al 2027 e ampliamento del monitoraggio a nuovi indicatori
Attività riabilitativa: aggiornamento protocolli aziendali	Protocollo di riabilitazione cardiologica aggiornato	Aggiornamento del protocollo riabilitativo cardiologico Condivisione con le strutture accreditate	Implementazione del protocollo riabilitativo e monitoraggio dell'applicazione	Monitoraggio dell'aderenza al protocollo

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Attività riabilitativa: aggiornamento protocolli aziendali	Protocolli riabilitativi motori aggiornati	Aggiornamento dei protocolli riabilitativi motori Definizione Protocollo aziendale riabilitativo neurologico Condivisione dei due protocolli con le strutture accreditate	Implementazione dei protocolli riabilitativi motori e monitoraggio dell'applicazione Implementazione del protocollo riabilitativo neurologico	Monitoraggio applicazione protocolli riabilitativi motori e riabilitativo neurologico
Rete ictus: implementazione del PDT e monitoraggio sistematico dell'applicazione	Audit & feedback basato su indicatori clinici	Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori clinici monitorati e miglioramento rispetto al 2025 Revisione del PDT Ictus in fase acuta	Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori clinici monitorati e miglioramento rispetto al 2026 Aggiornamento del PDT Ictus in fase acuta in PDTA Ictus	Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori clinici monitorati e miglioramento rispetto al 2027 Implementazione del PDTA Ictus e monitoraggio
Rete trauma: implementazione della rete	Sviluppo della rete in relazione a criteri e requisiti di riferimento (DGP. n 1008 del 7 giugno 2022)	Audit & feedback basato su indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito del PDTA in essere Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori clinici monitorati e miglioramento rispetto al 2025 Implementazione dei percorsi CTS e CTZ Elaborazione di almeno un percorso	Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori clinici monitorati e miglioramento rispetto al 2026 Elaborazione di almeno un percorso	Aderenza allo standard di riferimento per gli indicatori clinici monitorati e miglioramento rispetto al 2027
Rete cure palliative; Rete terapia del dolore e cure palliative pediatriche; Rete terapia del dolore	Aderenza agli standard di riferimento di accreditamento delle due reti di cure palliative e della Rete terapia del dolore	Completamento delle azioni di adeguamento/miglioramento correlate ai requisiti di accreditamento attuate nel 2025 Audit & feedback sulla base di indicatori clinici monitorati sui principali PDTA delle tre Reti Elaborazione del percorso di Cure palliative perinatali	Audit & feedback sulla base di indicatori clinici monitorati sui principali PDTA delle tre reti con miglioramento rispetto all'anno precedente Implementazione del percorso di cure palliative perinatali	Audit & feedback sulla base di indicatori clinici monitorati sui principali PDTA delle tre reti Monitoraggio applicazione del percorso di Cure palliative perinatali

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Rete malattie rare: riorganizzazione e definizione PDTA	Attuazione della "Riorganizzazione rete malattie rare" e PDTA definiti	Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete Elaborazione di almeno un nuovo PDTA	Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete Elaborazione di almeno un nuovo PDTA	Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete
Rete per i disturbi dello spettro autistico	Attuazione della rete per i disturbi dello spettro autistico	Monitoraggio delle attività indicate nella delibera del DG 867/2024 e nel Piano di rete. Attuazione delle attività previste dal PPDTA per i disturbi dello spettro autistico Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete	Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete	Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete
Rete Percorso nascita	Aggiornamento percorso nascita	Monitoraggio dell'applicazione del percorso nascita aggiornato	Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete	Analisi dati di attività e valutazione delle performance della rete
Rete disturbi cognitivi e demenze	Rete disturbi cognitivi e demenze	Implementazione del PDTA per le Persone con Demenza e loro famiglie aggiornato Attività di informazione e formazione dei professionisti coinvolti nella gestione del paziente (almeno 3 eventi) Monitoraggio di indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito del PDTA in essere	Audit & feedback basato su Indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito del PDTA in essere con miglioramento rispetto al 2026 e ampliamento del monitoraggio a nuovi indicatori	Audit & feedback basato su Indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito del PDTA in essere con miglioramento rispetto al 2027 e ampliamento del monitoraggio a nuovi indicatori
Rete clinica malattia di Parkinson e parkinsonismi	Attuazione del Piano di rete (DG 873/2023) Relazione di rendicontazione annuale Piano di Rete clinica malattia di Parkinson e parkinsonismi aggiornato	Diffusione del PDTA per la persona con malattia di Parkinson, implementazione e verifica dei risultati Rendicontazione annuale dell'attuazione del piano di rete 2025, anche mediante appositi indicatori di esito. Aggiornamento del Piano di Rete clinica malattia di Parkinson e parkinsonismi Attività di informazione e formazione dei professionisti coinvolti nella gestione del paziente	Monitoraggio e verifica dei risultati di salute , anche mediante appositi indicatori di esito Rendicontazione dell'attuazione delle attività previste nel Piano di rete 2026	Monitoraggio e verifica dei risultati di salute , anche mediante appositi indicatori di esito Rendicontazione dell'attuazione delle attività previste nel Piano di rete 2027

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Area cronicità:	PDTA aggiornati o di nuova elaborazione	PDTA per la presa in carico della persona con HIV	Attuazione delle attività previste nel PDTA	Monitoraggio e verifica dei risultati anche mediante appositi indicatori Elaborazione di un documento sulla Sindrome cardio-renale
Area cronicità: implementazione del piano nazionale cronicità (PNC)	Disponibilità dei PDTA previsti dal PNC e loro monitoraggio Aggiornamento periodico dei PDTA Modello di presa in carico del cronico integrato con strumenti di telemedicina Percorso diabete Diabete	Analisi epidemiologica e audit & feedback basato su indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito del PDTA in essere con miglioramento rispetto al 2025 e ampliamento del monitoraggio a nuovi indicatori PDTA previsti nel PNC 2025 Revisione di almeno un PDTA (es. Malattia renale cronica) Applicazione e monitoraggio del modello di presa in carico del paziente cronico con l'utilizzo della telemedicina Certificazione del PDTA diabete di tipo1 in età pediatrica	Analisi epidemiologica e audit & feedback basato su indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito dei PDTA in essere con miglioramento rispetto al 2026 e monitoraggio degli indicatori del modello organizzativo PDTA previsti nel PNC 2025 Revisione di almeno un PDTA (es. scompenso cardiaco cronico)	Analisi epidemiologica e audit & feedback basato su indicatori clinici chiave selezionati tra gli indicatori di processo e esito dei PDTA in essere con miglioramento rispetto al 2027 e monitoraggio degli indicatori del modello organizzativo
Area Disabilità	Nuovo modello "Percorso DAMA" e implementazione del percorso aggiornato	Revisione dell'attuale percorso DAMA. Definizione del nuovo modello organizzativo DAMA per l'accesso alle prestazioni sanitarie programmabili negli ospedali del SOP (Ricoveri ordinari, DH, DS, ambulatoriali complesse) e alle prestazioni ambulatoriali per persone con deficit intellettivi e/o ASD. Definizione delle funzioni del case management Agende dedicate DAMA (definizione) Eventi formativi sulla tematica Sviluppo e applicazione del percorso DAMA	Implementazione del percorso DAMA revisionato. Elaborazione del percorso in acuzie Individuazione del percorso di integrazione con i servizi offerti sul territorio Monitoraggio dell'attuazione del percorso e dell'efficacia degli interventi in termini di compliance delle Strutture ospedaliere e delle Unità Operative coinvolte. Monitoraggio dell'applicazione, e verifica dei risultati raggiunti	Verifica dell'attuazione del percorso DAMA e delle eventuali criticità nell'applicazione del Percorso stesso Monitoraggio dell'applicazione, e verifica dei risultati raggiunti

2.2.3 Sicurezza del paziente

Strategie di sviluppo del piano

Prevenzione e gestione del rischio clinico

In continuità con quanto fatto fino ad ora, anche nel triennio 2026 – 2028 si lavorerà per promuovere e diffondere la cultura della prevenzione e della gestione del rischio clinico in tutte le sue componenti e in ogni ambito.

Ciò dovrà realizzarsi non solo attraverso la segnalazione degli eventi avversi, ma anche, e soprattutto, attraverso l'analisi degli eventi più significativi (per tipologia o per numerosità) e l'individuazione delle necessarie azioni di miglioramento.

La restituzione delle iniziative intraprese dovrà diventare progressivamente un'attività informativa corrente e stabile da parte delle varie articolazioni della line aziendale (AOF, Dipartimenti, Direzioni Mediche, UU.OO.).

Attraverso il consolidamento dei flussi introdotti negli anni passati (ad esempio l'incident reporting, le schede di segnalazione delle cadute, la sorveglianza delle ICA, gli eventi sentinella, la prevalenza delle lesioni da pressione, ...) sarà possibile una più puntuale e completa mappatura dei rischi presenti in APSS, indispensabile per poter mettere in atto idonee misure preventive e correttive.

Inoltre, verranno realizzati dei momenti informativi e/o formativi per approfondire specifiche aree tematiche inerenti la sicurezza dei pazienti trattate da apposite procedure, aumentare la consapevolezza sul rischio clinico come fattore intrinseco delle prestazioni sanitarie, stimolare la riflessione e la discussione degli operatori sui possibili errori o situazioni a rischio nel loro contesto lavorativo, nonché acquisire dimestichezza con il nuovo strumento aziendale di segnalazione degli eventi avversi e quasi eventi (incident reporting) e con la metodologia di analisi delle segnalazioni e individuazione delle necessarie azioni correttive.

In tema di Lesioni da Pressione, importanti indicatori della qualità dell'assistenza, proseguirà anche nel triennio 2026-2028 l'impegno a mantenere viva l'attenzione dei professionisti sulla prevenzione e sulla corretta gestione delle lesioni da pressione in ogni setting di cura attraverso la rilevazione annuale dei dati di prevalenza e la loro restituzione alla Unità Operative attraverso un apposito incontro, la messa a disposizione degli operatori di specifica formazione.

Ferme restando le attività sopra individuate, prossimo triennio l'APSS sarà, quindi, fortemente impegnata in ulteriori progettualità in tema di rischio clinico, i cui contenuti e le tempistiche di realizzazione deriveranno dai percorsi di accreditamento istituzionale e volontari attuati dalla Direzione.

Sorveglianza e controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali

Nel prossimo triennio il tema del controllo delle ICA e delle strategie di Antimicrobial stewardship trova precise indicazioni con declinazione delle relative linee di implementazione in importanti Piani Programmatici di livello nazionale che naturalmente sono recepiti in paralleli programmi Provinciali.

Questi piani sono il Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza 2022-2025, il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 e il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). In particolare, il PNRR prevede un modulo di intervento specifico in particolare nel settore della formazione degli operatori sanitari che proseguirà nel corso del 2025 secondo i moduli e i target previsti dalla misura n. 6 nazionale per la Provincia autonoma di Trento.

Il Comitato aziendale CIPASS e i Comitati CIO dei singoli ospedali coordineranno e saranno promotori dello sviluppo di queste attività e dei relativi obiettivi specifici declinati nel processo di budgeting annuale. Strategie, obiettivi e azioni individuati nel presente

piano verranno gestiti in stretta sinergia con quanto previsto per il miglioramento continuo della qualità e l'accreditamento istituzionale e volontario.

Obiettivi triennali del Piano Sicurezza del paziente

[illegible]

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Identificazione paziente	<p>Verifica del corretto utilizzo del braccialetto identificativo in un giorno indice: 1° rilevazione entro il 31/05 2° rilevazione entro il 30/11</p> <p>Monitoraggio trimestrale non conformità campioni gruppi sanguigni</p>	<p>≥ 80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%</p> <p>Rilevazione e report di monitoraggio semestrale e verifica dei piani di miglioramento sulla differenza al 100% (1° report entro 30/06 e 2° report entro il 31/12)</p> <p>Non conformità ≤ 0,5 su 1000 prelievi per gruppi sanguigni con piano di miglioramento se > 0.5</p> <p>Report trimestrale del monitoraggio non conformità campioni gruppi sanguigni</p>	<p>≥ 80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%</p> <p>Rilevazione e report di monitoraggio semestrale e verifica dei piani di miglioramento sulla differenza al 100% (1° report entro 30/06 e 2° report entro il 31/12)</p> <p>Non conformità ≤ 0,5 su 1000 prelievi per gruppi sanguigni con piano di miglioramento se > 0.5</p> <p>Report trimestrale del monitoraggio non conformità campioni gruppi sanguigni</p>	<p>≥ 80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%</p> <p>Rilevazione e report di monitoraggio semestrale e verifica dei piani di miglioramento sulla differenza al 100% (1° report entro 30/06 e 2° report entro il 31/12)</p> <p>Non conformità ≤ 0,5 su 1000 prelievi per gruppi sanguigni con piano di miglioramento se > 0.5</p> <p>Report trimestrale del monitoraggio non conformità campioni gruppi sanguigni</p>
Checklist sicurezza in sala operatoria	Verifica completezza checklist sicurezza in sala operatoria su campione di cartelle cliniche chiuse per U.O. (5% dimessi max 40 cartelle del I trimestre) entro il 30/06	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%
Checklist sicurezza in sala parto	Verifica completezza checklist sicurezza in sala parto su campione di cartelle cliniche chiuse per U.O. (5% dimessi max 40 cartelle del I trimestre) entro il 30/06	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%
Gestione della terapia farmacologica (completezza prescrizione e somministrazione)	Verifica del rispetto dei requisiti della corretta gestione della terapia su campione di cartelle cliniche chiuse per U.O. (5% dimessi max 40 cartelle del I trimestre) entro il 30/06/23	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%	≥80% con piano di miglioramento sulla differenza al 100%

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Completezza della documentazione sanitaria	Verifica mediante checklist di un campione di cartelle cliniche chiuse per U.O. (5% dimessi max 40 cartelle del I trimestre) entro il 30/06	<p>≥ 80% di completezza con piano di miglioramento sulla differenza al 100%</p> <p>Report verifica della completezza della documentazione sanitaria , comprese le valutazioni specifiche riportate sopra (checklist SO e sala parto, terapia, ...) e verifica dei piani di miglioramento entro il 31/12</p>	<p>≥ 80% di completezza con piano di miglioramento sulla differenza al 100%</p> <p>Report verifica della completezza della documentazione sanitaria , comprese le valutazioni specifiche riportate sopra (checklist SO e sala parto, terapia, ...) e verifica dei piani di miglioramento entro il 31/12</p>	<p>≥ 80% di completezza con piano di miglioramento sulla differenza al 100%</p> <p>Report verifica della completezza della documentazione sanitaria , comprese le valutazioni specifiche riportate sopra (checklist SO e sala parto, terapia, ...) e verifica dei piani di miglioramento entro il 31/12</p>
Raccomandazioni ministeriali	Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali attraverso specifiche procedure	Redazione / revisione di procedura aziendale (in base alla data di redazione o altre priorità)	Redazione / revisione di procedura aziendale (in base alla data di redazione o altre priorità)	Redazione / revisione di procedura aziendale (in base alla data di redazione o altre priorità)
Gestione di protocolli, procedure e buone pratiche di sorveglianza e controllo delle infezioni	Aggiornamento e diffusione dei documenti	<p>Standardizzazione della gestione di</p> <p>"protocolli e procedure CIPASS" trasversali al Servizio Ospedaliero Provinciale e ad APSS, in linea con le indicazioni aziendali</p>	Standardizzazione della gestione di tutte le procedure e buone pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobial stewardship in uso in APSS	Mantenimento e aggiornamento di procedure e buone pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni e antimicrobial stewardship in uso in APSS
Antimicrobial Stewardship	Profilassi antibiotica preoperatoria	<p>Utilizzo dell'applicazione in TECUM per la prescrizione e somministrazione della profilassi antibiotica preoperatoria</p> <p>Report di monitoraggio della profilassi antibiotica entro il 20/01/25</p>	<p>Utilizzo dell'applicazione in TECUM per la prescrizione e somministrazione della profilassi antibiotica preoperatoria</p> <p>Report di monitoraggio della profilassi antibiotica entro il 20/01/26</p>	<p>Utilizzo dell'applicazione in TECUM per la prescrizione e somministrazione della profilassi antibiotica preoperatoria</p> <p>Report di monitoraggio della profilassi antibiotica entro il 20/01/27</p>

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Igiene delle Mani	% consumo soluzione idroalcolica (IA) Adesione all'igiene delle mani	≥ n. litri soluz. IA x 1000 gg deg/2025 Compilazione del framework dell'OMS per l'autovalutazione dell'igiene delle mani Due rilevazioni semestrali della compliance al lavaggio delle mani: 1° entro il 31/05 2° entro il 20/12 ≥75% di compliance degli operatori al lavaggio delle mani con piano di miglioramento sulla differenza al 75% Report annuale dell'attività sull'igiene delle mani e verifica dei piani di miglioramento entro il 20/01/25	≥ n. litri soluz. IA x 1000 gg deg/2026 Compilazione del framework dell'OMS per l'autovalutazione dell'igiene delle mani Due rilevazioni semestrali della compliance al lavaggio delle mani: 1° entro il 31/05 2° entro il 20/12 ≥75% di compliance degli operatori al lavaggio delle mani con piano di miglioramento sulla differenza al 75% Report annuale dell'attività sull'igiene delle mani e verifica dei piani di miglioramento entro il 20/01/26	≥ n. litri soluz. IA x 1000 gg deg/2027 Compilazione del framework dell'OMS per l'autovalutazione dell'igiene delle mani Due rilevazioni semestrali della compliance al lavaggio delle mani: 1° entro il 31/05 2° entro il 20/12 ≥75% di compliance degli operatori al lavaggio delle mani con piano di miglioramento sulla differenza al 75% Report annuale dell'attività sull'igiene delle mani e verifica dei piani di miglioramento entro il 20/01/27
Attività formativa / informativa	Iniziative di formazione/informazione e in tema di rischio clinico rivolto alle Unità Operative Iniziative di formazione/informazione e in tema di prevenzione delle ICA	Organizzazione e partecipazione di momenti formativi / informativi rivolti alle UU.OO. su specifici temi di interesse Organizzazione e partecipazione di momenti formativi / informativi rivolti alle UU.OO. su specifici temi di interesse	Organizzazione e partecipazione di momenti formativi / informativi rivolti alle UU.OO. su specifici temi di interesse Organizzazione e partecipazione di momenti formativi / informativi rivolti alle UU.OO. su specifici temi di interesse	Organizzazione e partecipazione di momenti formativi / informativi rivolti alle UU.OO. su specifici temi di interesse Organizzazione e partecipazione di momenti formativi / informativi rivolti alle UU.OO. su specifici temi di interesse

2.2.4 Tempi di attesa

Strategie di sviluppo del piano

RICOVERI CHIRURGICI

Le analisi dei dati di attività dell'anno 2025 hanno permesso di individuare linee di riorganizzazione che mirano da un lato a migliorare il governo delle liste di attesa per priorità di interventi, dall'altro di totalizzare una numerosità di procedure chirurgiche per operatore e per centro tali da garantire la sicurezza e la qualità delle cure, anche in relazione agli standard di attività. Nel prossimo triennio e in particolare nel 2026 verranno effettuate le seguenti attività al fine del miglioramento complessivo dei tempi di attesa nell'ambito dei ricoveri chirurgici programmati:

1. **monitoraggio tempi attesa PNGLA:** monitoraggio dei tempi d'attesa dei ricoveri delle 17 prestazioni indice del Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa (PNGLA), con cadenza mensile o superiore se necessario, affiancato ad un controllo dell'utilizzo corretto della priorità A prevista per gli interventi chirurgici programmati;
2. **monitoraggio tempi attesa prestazioni indice non incluse nel PNGLA:** monitoraggio in tutti i regimi di assistenza di alcune prestazioni indice da individuare tra quelle attualmente non oggetto del PNGLA.

PRESTAZIONI AMBULATORIALI

Nel triennio 2026-2028, si pongono in evidenza alcuni gruppi di azioni strategiche:

1. Il Servizio Specialistica Ambulatoriale, grazie all'attività svolta dal Servizio politiche per l'amministrazione digitale del Dipartimento Tecnologie, ha validato specifici indicatori per la valutazione di alcune dimensioni dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa di prestazioni specialistiche ambulatoriali. A titolo esemplificativo, i cruscotti, sviluppati con la piattaforma Microsoft PowerBI, permetteranno di calcolare: a) il numero di prescrizioni di prime visite specialistiche ripetute entro 365 giorni, stratificate per: i) tipologia di prima visita, ii) prescrittore per territorio di residenza, iii) per fascia di età dell'assistito; b) il numero di prescrizioni di esami strumentali (RM e TC o altre prestazioni) ripetuti entro 365 giorni ed il tasso di prescrizione per 1000 abitanti; c) la percentuale di prescrizioni di visite di controllo emesse direttamente da medici specialisti rispetto al totale delle prescrizioni (questo indicatore può venire utilizzato come rappresentativo per valutare la qualità della presa in carico del paziente da parte delle UUOO e dei medici specialisti). Il monitoraggio di tali indicatori e il feedback a prescrittori ed erogatori, per il tramite dei Distretti e del SOP, sarà utile per consentire la valutazione delle attività prescrittive ed erogative dei singoli professionisti e delle équipe.
2. Con il superamento delle criticità riguardanti la gestione delle liste d'attesa, sarà possibile ripristinare il feedback ai medici prescrittori, rispetto alla popolazione dei prescrittori, del proprio tasso di concordanza RAO e del proprio tasso di prescrizione con RAO ad elevata priorità (UBD). Tali tassi prescrittivi saranno sottoposti all'Organismo per l'appropriatezza prescrittiva previsto dall'ACN e dall'ACP della medicina generale, la cui attività è iniziata nel corso del 2025, per poter gestire in maniera condivisa con i rappresentanti dei prescrittori gli eccessivi scostamenti dai valori centrali della distribuzione. Sarà anche proposto il riavvio del feedback istantaneo al singolo prescrittore sul singolo caso clinico prescritto e sottoposto a valutazione di concordanza.

3. Con l'avvio dell'utilizzo di strumenti di *Natural language processing*, verrà sperimentata (nel triennio 2026-2028) una nuova sintassi per i quesiti diagnostici e per i referti specialistici, che permetta: i) di accrescere la concordanza di assegnazione di priorità RAO alle prescrizioni specialistiche e l'appropriatezza prescrittiva e ii) di standardizzare i testi dei referti specialistici. Per tali finalità, sarà necessario il progressivo coinvolgimento dei clinici, quotidiani utilizzatori del linguaggio clinico contenuto nel quesito diagnostico e nel referto specialistico.

Obiettivi triennali del Piano – Ricoveri chirurgici

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Rispetto dei tempi delle classi A PNGLA per interventi oncologici e non	% pazienti operati entro 30 giorni sul totale pazienti inseriti in lista d'attesa con priorità A	90% (per le tutte singole prestazioni PNGLA)	90 % (per le tutte singole prestazioni PNGLA)	90 - 95% (per le tutte singole prestazioni PNGLA)
Introduzione prestazioni chirurgiche indice non incluse nel PNGLA	Rispetto tempi attesa A-B-C-D interventi/sul totale in tutti i regimi di assistenza (prestazioni da individuare tipo: cataratta 13.71, tonsillectomia e adenoidectomia 28.6,28.3, 28.2, neoplasie maligne non PNGLA priorità A (pancreas, stomaco, laringe)	70% (per le singole prestazioni non oncologiche) 90 % per le oncologiche	80% (per le singole prestazioni non oncologiche) 90 % per le oncologiche	90%

Obiettivi triennali del Piano – Prestazioni ambulatoriali

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Rispetto tempi PNGLA prestazioni specialistica ambulatoriale	% pazienti con prestazione PNGLA effettuata entro i tempi RAO Corretta alimentazione della Piattaforma nazionale di rilevazione tempi di attesa (PNLA 2.0)	90% 100%	90% 100%	90% 100%
Governo della domanda delle prestazioni ambulatoriali	Nr. discipline specialistiche con "parole chiave" nei quesiti diagnostici aggiornate con l'utilizzo di NLP*	Almeno 4 discipline specialistiche	Almeno altre 8 discipline specialistiche	Altre discipline specialistiche mancanti
	Nr. UUOO con referti standardizzati con l'utilizzo di NLP*	Almeno 4 UUOO e corrispondenti SAI**	Almeno altre 8 UUOO e corrispondenti SAI**	Altre UUOO mancanti e corrispondenti SAI**

*Natural Language Processing

**Specialisti ambulatoriali interni

PRESTAZIONI EROGABILI (allegato previsto ai sensi della DGP n. 696/2019)

Con deliberazione n. 696 del 17 maggio 2019, la Giunta provinciale ha recepito l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019 -2021, approvando il Piano provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa. Quest'ultimo prevede l'adozione da parte di APSS di un piano attuativo aziendale per il governo dei tempi d'attesa per il triennio 2019-2021, avvenuta con delibera del Direttore Generale n. 517 del 24 settembre 2019 (e successivi aggiornamenti).

Il Piano provinciale prevede altresì di definire, in apposita sezione del Programma di attività allegato al Bilancio di previsione, **il piano delle prestazioni erogabili sia nel pubblico che nel privato accreditato**, descrivendo il fabbisogno delle prestazioni specialistiche, articolate per disciplina, e in termini di prime visite/primi esami e controlli, in modo da individuare i due canali di accesso, cioè "primo accesso" e "accesso successivo" (follow up, controllo).

Di seguito viene pertanto presentato il piano delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili nel corso del 2026 con riferimento alle prestazioni monitorate dal Piano Nazionale per il governo delle liste di attesa 2019-2021, fermo restando che tale previsione potrà essere aggiornata in seguito anche alle attività connesse all'implementazione del nuovo CUP.

Prestazioni di specialistica ambulatoriale erogabili

		VISITE		PRESTAZIONI STRUMENTALI	
		PRIME VISITE	VISITE DI CONTROLLO	BRANCA RADIOLOGIA	ALTRE PRESTAZIONI
APSS	2023	163.324	177.136	49.212	113.635
	2024	191.576	214.249	50.974	113.184
	previsione 2025	191.622	200.770	43.328	105.476
	previsione 2026	191.700	200.800	43.500	106.000
ACCREDITATE	2023	52.739	13.347	85.454	71.733
	2024	51.565	12.795	95.449	76.376
	previsione 2025	50.144	11.716	75.804	58.356
	previsione 2026	50.000	11.000	75.800	58.400
TOTALE	2023	216.063	190.483	134.666	185.368
	2024	243.141	227.044	146.423	189.560
	previsione 2025	241.766	212.486	119.132	163.832
	previsione 2026	241.700	211.800	119.300	164.400

Specifiche sulla base delle quali è stata fatta la stima delle prestazioni erogabili:

- le prestazioni considerate sono le seguenti:
 - prime visite: prima visita cardiologica, chirurgica vascolare, ematologica, endocrinologica, neurologica, oculistica, ortopedica, ORL, urologica,

- dermatologica, fisiatrica, gastroenterologica, oncologica, pneumologica, ginecologica. Dal 2020 si tiene conto anche delle rispettive prestazioni di televisita, laddove presenti;
- visite di controllo: visita di controllo cardiologica, chirurgica vascolare, ematologica, endocrinologica, neurologica, oculistica, ortopedica, ORL, urologica, dermatologica, fisiatrica, gastroenterologica, oncologica, pneumologica, ginecologica. Dal 2020 si tiene conto anche delle rispettive prestazioni di televisita, laddove presenti;
 - prestazioni strumentali (radiologia): TC torace (senza contrasto, senza e con contrasto), TC addome (superiore, inferiore, completo; senza contrasto, senza e con contrasto), TC capo (senza contrasto, senza e con contrasto), TC rachide e speco vertebrale (senza contrasto, senza e con contrasto), TC bacino, RMN cervello e tronco encefalico (senza contrasto, senza e con contrasto), RMN addome inferiore e scavo pelvico (senza contrasto, senza e con contrasto), RMN colonna (senza contrasto, senza e con contrasto), diagnostica ecografica del capo e del collo, ecografia mammella (bilaterale, monolaterale), ecografia addome (inferiore, superiore, completo), RMN muscoloscheletrica (senza contrasto, senza e con contrasto), mammografia bilaterale, mammografia monolaterale;
 - prestazioni strumentali (altre branche): ecocolordopplergrafia cardiaca; eco(color) doppler dei tronchi sovraaortici; ecografia ostetrica, ecografia ginecologica; eco(color)dopplergrafia arti superiori/inferiori/distrettuali, arteriosa o venosa; colonscopia con endoscopio flessibile, polipectomia endoscopica dell'intestino crasso, sigmoidoscopia con endoscopio flessibile, biopsia [endoscopica] dell'intestino crasso, EGD, EGD con biopsia, ECG; ECG dinamico; test cardiovascolare da sforzo con pedana mobile; test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro; esame audiometrico tonale; spirometria semplice; spirometria globale; fotografia del fundus; esame del fundus oculi; studio del campo visivo; EMG semplice; studio neurofisiologico (elettromiografico) arto superiore completo; studio neurofisiologico (elettromiografico) arto inferiore completo; studio neurofisiologico (elettromiografico) facciale e trigeminale completo; studio neurofisiologico (elettromiografico) del tronco;
- con riferimento alla struttura pubblica, la previsione 2025 e 2026 è fatta sulla base dei dati provvisori delle prestazioni ambulatoriali relativi ai 9 mesi 2025. Per entrambi gli anni la stima di prime visite e visite di controllo tiene conto anche delle televisite;
 - in attesa della definizione del budget per l'anno 2026, per le strutture private accreditate la stima delle prestazioni erogate nel 2025 e erogabili nel 2026 è stata calcolata sulla base dei volumi erogati e fatturati nel corso dei primi 9 mesi del 2025, con un'approssimazione per il trimestre mancante;
 - la previsione 2026 tiene conto del trend delle prescrizioni e prenotazioni e non tiene invece conto:
 - di eventuali fluttuazioni della domanda di prestazioni che dovessero essere evidenziate in corso d'anno ovvero di variazioni di produzione legate a possibili criticità legate ad apparecchiature sanitarie (es. fermo macchina per manutenzione e/o rottura);
 - di possibili variazioni di attività legate ai produttori pubblici e privati accreditati (ricconversioni di budget ovvero nuovi percorsi di presa in carico);
 - la previsione non tiene conto di eventuali obiettivi di contenimento dei tempi d'attesa su prestazioni specifiche per il 2026, in attesa della definizione degli stessi da parte della PAT. Lo sforzo nel contenere i tempi su alcune prestazioni potrà produrre un incremento della numerosità delle stesse o una compensazione con altre prestazioni.

2.2.5 Comunicazione

Strategie di sviluppo del piano

Le strategie di sviluppo si fondano su: integrazione tra comunicazione interna ed esterna; utilizzo coordinato di canali online e offline; rafforzamento della comunicazione digitale come strumento di prossimità e trasparenza; valorizzazione dei dati e dei feedback dei cittadini; accompagnamento comunicativo ai processi di innovazione, ricerca e integrazione con università. Centrale sarà il consolidamento dell'identità comunicativa di Asuit e il miglioramento dell'accessibilità e dell'esperienza utente del sito internet.

Obiettivi triennali del Piano Comunicazione

Obiettivo	Attività	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
COMUNICAZIONE AZIENDALE	Supportare il passaggio ad Asuit garantendo il presidio della comunicazione interna ed esterna attraverso l'utilizzo coordinato di canali online e offline	Go live sito Asuit Incremento della presenza Asuit sui social Applicazione dell'immagine coordinata aziendale da parte delle articolazioni aziendali	\	\
	Curare la comunicazione nell'ambito del progetto attrattività	Rispetto tempi previsti dalla pianificazione di progetto	\	\
	Presidiare il piano di comunicazione PNRR FSE 2.0	Rispetto tempi previsti dalla pianificazione di progetto	\	\

2.2.6 Infrastrutture e Attrezzature sanitarie

Strategie di sviluppo del piano

Lo sviluppo del piano Infrastrutture e per il rinnovo delle tecnologie sanitarie verte su linee coerenti con il Programma Aziendale di Sviluppo Strategico finalizzate a migliorare la sicurezza delle strutture e a garantire sicurezza ed allineamento alle evoluzioni della tecnica per le tecnologie.

Nell'ambito delle strutture ospedaliere e poliambulatoriali, l'adeguamento alle norme antincendio riveste un ruolo prioritario. A supportare un processo di miglioramento continuo contribuiscono sia gli esiti dei sopralluoghi congiunti con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Sicurezza - RSPP (integrati dagli interventi del PASSL), sia i sistemi di accreditamento istituzionale e volontario (come JCI e Accreditation Canada). Questi ultimi, attraverso valutazioni esterne indipendenti, favoriscono l'ottimizzazione delle strutture anche sotto il profilo gestionale e manutentivo.

Le attività connesse alle infrastrutture e alle tecnologie sanitarie saranno quindi rivolte al mantenimento e sviluppo di una rete policentrica di erogazione dei servizi ospedalieri sicura, adeguata, efficiente e rispondente alle esigenze, anche in ottica universitaria per accogliere gli studenti in formazione.

Particolare rilievo assumeranno gli interventi di manutenzione presso l'ospedale di Trento. L'obiettivo è garantire adeguati livelli di sicurezza e funzionalità al principale presidio della rete, assicurando al contempo l'allineamento allo stato dell'arte delle tecnologie sanitarie, sia diagnostiche che interventistiche.

Nell'ambito dello sviluppo e dell'attuazione degli interventi di razionalizzazione delle strutture (ristrutturazioni interne e funzionali) si attua, laddove possibile, un miglioramento delle condizioni di comfort alberghiero e requisiti minimi e degli aspetti connessi con l'efficientamento energetico sia delle strutture che degli impianti (miglioramenti involucri edilizi e chiusure sostituzione caldaie, efficientamento sistemi di supervisione e regolazione). Per il 2026 è prevista la conclusione della procedura di assegnazione dell'appalto calore; il bando recepisce specifici criteri di sostenibilità ambientale, in linea con l'attenzione al risparmio energetico che ha caratterizzato anche la progettazione del POUT. L'impegno verso le tematiche ecologiche è altresì garantito dall'attività del Mobility Manager Aziendale e dall'attuazione del Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL), strumenti fondamentali per incentivare la mobilità sostenibile e l'uso del trasporto pubblico.

Per quanto attiene la rilevante attività connessa con il concetto di una sanità più vicina al cittadino proseguirà l'attività dei numerosi interventi del PNRR (CDC e ODC e opere supplementari e complementari ed antisismica) che contribuiranno, in forte coordinamento con le altre articolazioni amministrative e tecniche ma soprattutto alla componente sanitaria, ad un necessario riordino, razionalizzazione ed efficientamento dell'offerta sanitaria territoriale per la presa in carico di fragilità e criticità e che dovranno concludersi entro il 2026 interessando tutte le componenti aziendali mediche, tecniche ed amministrative.

APSS, per il tramite del Dipartimento Infrastrutture e di tutte le sue componenti tecniche (edili, impiantistiche e tecnologiche), mette a disposizione tutto il proprio know how tecnico specifico contribuendo in maniera sostanziale all'avanzamento del complesso procedimento della realizzazione del Polo Ospedaliero Universitario del Trentino, che vedrà la conclusione del Progetto di Fattibilità Tecnico-Economica (PFTE) agli inizi del 2026, collaborando anche nella realizzazione del Polo Didattico quale elemento

fondamentale per garantire la formazione del futuro personale sanitario e garantire lo sviluppo della sanità trentina e della sua attrattività ed effettività.

Per garantire il migliore livello di tecnologia disponibile su tutta la rete provinciale sia ospedaliera che territoriale, anche in ottica di magnificare le potenzialità connesse con l'intelligenza artificiale e con la telemedicina, sarà fondamentale potenziare e proceduralizzare il sistema di raccolta e prioritizzazione dei fabbisogni, in aderenza con le politiche sanitarie e con i programmi strategici, ma concretamente in ottica di garantire migliori tempi di risposta rispetto alle esigenze sanitarie a favore del cittadino trentino.

Le linee che concretano le strategie sopra tratteggiate sono:

1. ADEGUAMENTO ANTINCENDIO DELLE STRUTTURE SANITARIE OSPEDALIERE ED AMBULATORIALI (SCIA 6-9)

Dovrà proseguire nel 2026-2028 la progettazione e l'attuazione degli interventi di adeguamento antincendio delle principali strutture di APSS interessate alla messa a norma sia ospedaliera che poliambulatoriali; per il Santa Chiara esiste uno specifico piano concordato con i Vigili del Fuoco (VVF), che ha avuto come presupposto la creazione di spazi interni liberi, e che nel 2026 andrà attualizzato sia dal punto di vista tecnico che di coerenza con le esigenze organizzative sanitarie. In generale per tutte le strutture in adeguamento sarà necessario concordare con le Direzioni Mediche Ospedaliere (DMO) o i Distretti, modalità di intervento, anche eventualmente per lotti funzionali, tali da compatibilizzare gli interventi con le funzioni e l'organizzazione sanitaria. Definito, concordemente con la componente sanitaria, il quadro esigenziale ed il documento di indirizzo della progettazione, dovranno essere assegnati gli incarichi per le progettazioni che necessariamente dovranno definire, data la numerosità degli interventi, una scala di priorità. Nelle annualità successive interessate dal presente piano seguiranno, sempre definendo una priorità relativa fra gli interventi, gli affidamenti degli appalti lavori e la loro attuazione per lotti. Nell'attuazione del piano di adeguamento risulterà fondamentale la collaborazione delle direzioni mediche coinvolte (Direzioni mediche Ospedaliere e Direzioni di Distretto) e con i servizi manutentivi di area, per la riallocazione o limitazione delle funzioni sanitarie per garantire un adeguato sviluppo e velocità nell'attuazione di interventi particolarmente invasivi. L'Ospedale di Rovereto, che dispone di un finanziamento che prevede la demolizione e ricostruzione per lotti, è di fatto sottratto dal piano di adeguamento antincendio e dovrà essere oggetto di deroga o di definizione di interventi di minima o di misure compensative organizzative ad hoc.

Il complesso delle strutture che necessitano di adeguamento SCIA 6-9 sono:

1. ospedale S. Chiara (9 interventi da piano straordinario concordato con i VVF)
2. ospedale di Tione di Trento
3. ospedale di Cles
4. ospedale di Cavalese
5. presidio Villa Igea
6. CSS di Trento
7. Poliambulatorio Crosina Sartori Trento
8. Poliambulatorio Valdagni Pergine Valsugana
9. Poliambulatorio Ex osservazione Pergine Valsugana
10. Sede APSS

2. PIANO DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA OSPEDALE SANTA CHIARA

Nel corso del 2026 e annualità successive, come peraltro nel 2025, proseguiranno, in base alla quota di risorse messe a disposizione operativamente dalla Provincia, in quota rispetto al previsto complessivo pluriennale di 34 milioni di euro, gli interventi tipologici, individuati nel piano stesso (efficientamento energetico, miglioramento del comfort, rispondenza ai requisiti normativi ed autorizzatori, ecc.) secondo una priorità ed una programmazione definita con la DMO/SOP e fortemente compatibilizzata con l'attività sanitaria e unificata, laddove possibile, con gli interventi di messa a norma antincendio. L'obiettivo è attuare gli interventi senza diminuire i posti letto.

Rispetto al complesso degli interventi di investimento e di manutenzione straordinaria ammessi a finanziamento provinciale, in esito ad una sistematica raccolta di fabbisogni emersa nel corso del 2025, viene dettagliato un cronoprogramma specifico operativo degli interventi che verranno gestiti (in qualsiasi stadio dell'iter procedurale dei lavori) nell'anno di riferimento. Nello specifico alcuni interventi sono stati dettagliati in un programma interno, condiviso con la DMO e la direzione aziendale in quanto ritenuti maggiormente prioritari per aspetti organizzativi o di sicurezza.

La finalità generale degli interventi è il mantenimento della struttura in sicurezza, funzionalità ed adeguatezza agli standard di prestazione tecnologica attuale, ma anche di adeguare gli spazi a nuove o diverse esigenze di carattere organizzativo o di rifunzionalizzazione anche in relazione al passaggio da APSS ad Asuit. Il piano operativo si comporrà quindi in una serie di interventi di manutenzione straordinaria, condivisi con la Direzione, da attuare in un arco temporale di più anni, con aggiornamenti annuali del piano, con la finalità di mantenere al meglio l'attività nell'attuale sede ospedaliera a favore del personale ma soprattutto degli utenti. Il piano impegnerà principalmente i servizi manutentivi nonché la parte giuridico amministrativa patrimoniale per quanto riguarda le attività di gara e di gestione economica correlata. Andranno create sinergie per garantire la minimizzazione degli impatti sulla componente sanitaria e richiedere quanto meno possibile diminuzioni dei posti letto e attuata una stretta collaborazione con le componenti amministrative di presidio per la gestione logistica dei necessari trasferimenti.

3. ATTUAZIONE INVESTIMENTI E MANUTENZIONI STRAORDINARIE RILEVANTI

Nell'ambito del piano investimenti definito, di concerto con la Direzione Strategica e la PAT, a seguito dell'assestamento di bilancio 2025 e dei finanziamenti bilancio 2026, emerge la necessità di gestire in maniera particolarmente mirata alcuni interventi rilevanti, non necessariamente solo per questione di importo, ma anche per gli impatti che possono avere in termini di efficientamento e di organizzazione delle funzioni.

Si ritiene che vada gestito in maniera focalizzata l'intervento relativo al finanziamento di 50 milioni di euro sull'ospedale di Rovereto. È noto come le analisi condotte nel corso del 2024 e 2025 abbiano portato in evidenza l'opportunità di intervenire sull'attuale struttura con interventi sincroni di adeguamento antisismico antincendio e di rifunzionalizzazione per adeguamento alle esigenze dei requisiti sanitari, pertanto la Provincia Autonoma di Trento ha deciso di procedere con un finanziamento finalizzato alla demolizione per parti con la creazione di un corpo volano dell'ospedale di Rovereto; il primo finanziamento assegnato riguarda appunto la creazione del corpo buffer per poi procedere per parti alla demolizione ed alla conseguente ricostruzione.

Questo intervento necessita in primo luogo di definire in maniera sinergica molto forte con la componente sanitaria un masterplan complessivo che funga da base per le successive fasi progettuali di dettaglio dei singoli lotti; tale documento programmatico andrà necessariamente condiviso con il Comune di Rovereto.

Risulta fondamentale definire le sequenze e la ricollocazione delle funzioni delle attività per evitare che l'intervento possa avere impatti di funzionalità sulle componenti sanitarie;

a valle della definizione del masterplan potrà essere attivata mediante la redazione del quadro generale del documento di indirizzo di progettazione la progettazione del primo lotto riguardante il corpo volano cioè il primo corpo aggiuntivo dove trasferire organicamente delle funzioni per innescare le demolizioni dell'esistente.

Un altro intervento estremamente rilevante è quello che riguarda la casa della comunità di Tione sulla base di un protocollo d'intesa sottoscritto tra Provincia, Comune e Azienda che ha l'ambizioso compito di razionalizzare le funzioni di carattere territoriale complementari all'ospedale nell'area delle giudicarie; data la rilevanza economica, ma anche l'impatto organizzativo che l'intervento ricopre, è fondamentale una gestione particolare di questo tipo di investimento che si dovrà concretare nella redazione dei documenti di competenza della stazione appaltante per poi procedere con la progettazione, in stretta sinergia con il comune e la comunità di valle, in quanto l'opera risulta finanziata anche da quest'ultima e si trova su un'area messa a disposizione del comune di Tione.

La razionalizzazione delle funzioni dell'ambito della salute mentale nell'area della Val Lagarina (Centro Salute Mentale di Rovereto, psichiatria ospedaliera, comunità residenziale di Ala) è un altro progetto assolutamente rilevante che riguarda la finalizzazione degli interventi sull'ala della Vannetti, messa a disposizione dal comune di Rovereto e attualmente oggetto di interventi di miglioramento sismico.

Anche in questo caso il progetto ha una finalità di carattere organizzativo e pertanto soprattutto nella fase della definizione delle esigenze necessita di particolari approfondimenti e sinergia di collaborazioni all'interno del personale aziendale.

4. PROGETTAZIONE POUT

Nel 2026 proseguirà la collaborazione congiunta tra APSS e la struttura commissariale a supporto dell'intero processo autorizzativo e progettuale. Nei primi mesi dell'anno dovrà essere completato il PFTE, auspicabilmente in tempistiche utili per il pronunciamento nel merito da parte del Consiglio di Stato. A seguito del deposito del PFTE da parte dei progettisti seguirà l'indizione della Conferenza di Servizi, la Valutazione di Impatto Ambientale e conseguentemente l'integrazione del progetto sulla base delle prescrizioni e dei pareri acquisiti nei procedimenti. Nel corso dello sviluppo in parallelo della fase progettuale l'UMSE POUT ha tenuto strettissimi rapporti con gli stakeholder e con gli enti autorizzatori per ottenere indicazioni utili per l'elaborazione della fase progettuale.

Contestualmente, dovranno essere predisposti i documenti di gara e condotte le attività di verifica e validazione del PFTE, passaggi indispensabili per l'attivazione della procedura di appalto integrato, la cui aggiudicazione è prevista a fine 2026. Durante tutto l'iter procedurale sarà necessario garantire un costante coordinamento e uno scambio informativo continuo con gli stakeholders interni ed esterni, al fine di assicurare la completezza e l'allineamento del quadro progettuale e la coerenza degli elaborati con le esigenze espresse dai diversi attori del sistema sanitario trentino. Nel corso del 2027, a seguito dell'aggiudicazione dell'appalto integrato, dovrà essere sviluppato il progetto esecutivo, comprensivo delle attività di verifica e validazione da parte dell'aggiudicatario dell'appalto integrato. Parallelamente, dovranno essere completate le attività propedeutiche alla realizzazione dell'opera, tra cui la conclusione delle operazioni di preparazione dell'area e delle infrastrutture di supporto, così da consentire l'effettivo avvio dei lavori. L'inizio operativo del cantiere dell'appalto integrato principale è previsto nel 2028. APSS, tramite il Dipartimento Infrastrutture, continuerà a svolgere un ruolo attivo ai tavoli tecnici correlati allo sviluppo del nuovo Polo, compresi quelli dedicati al Polo Didattico per la Scuola di Medicina e le Professioni Sanitarie, alla viabilità tangenziale, l'infrastrutturazione delle reti, allo sviluppo del parco fluviale e alla valorizzazione patrimoniale dei contenitori che saranno dismessi a seguito della realizzazione del POUT.

Le componenti tecniche di APSS, dotate di competenze specifiche nei diversi ambiti progettuali, rivestiranno un ruolo determinante sia nella definizione dei documenti di indirizzo sia nell'accompagnare, insieme alle strutture dipartimentali con esperienza settoriale, tutte le successive fasi di sviluppo progettuale e realizzativo dell'opera.

5. INTERVENTI TECNOLOGICI RILEVANTI

Nel 2026/27 sarà particolarmente importante portare alla collaudazione complessiva alcuni interventi rilevanti di carattere tecnologico che comportano tuttavia anche consistenti modificazioni all'interno della struttura in primis del Santa Chiara ma anche sull'ospedale di Rovereto.

Si tratta dell'introduzione di tecnologie, particolarmente rilevanti dal punto di vista sanitario, che tuttavia trovano un vincolo nelle strutture e degli impianti di ospedali non concepiti per un carico tecnologico così rilevante e che pertanto necessitano di pesanti riadeguamenti in termini strutturali, impiantistico e talvolta anche organizzativo e planimetrico per adattarsi alle mutate esigenze di carattere sanitario.

Questo genere di interventi comporta una forte sinergia fin dalla definizione degli aspetti di Health Technology Assessment (HTA) per poi passare all'attuazione degli investimenti tecnologici che non deve mai essere disgiunto da valutazioni sull'adeguamento strutturale ed impiantistico necessario al funzionamento delle tecnologie (si citano a puro titolo esemplificativo gli interventi di sostituzione delle risonanze magnetiche e della PET che richiederanno importanti interventi a carico della struttura e degli impianti).

Dovranno inoltre essere attivati operativamente funzionanti gli interventi della sala ibrida e della sala chirurgica della neurochirurgia; in entrambe gli interventi al netto dell'investimento principale comportano un apparato di acquisizioni tecnologiche ancillari per consentire alle nuove sale di allinearsi allo stato dello sviluppo tecnologico richiesto. Entrambe sono teatri operatori ad oggi non presenti nell'ospedale di Trento e sostanzialmente dedicati.

La definizione di uno schema di collaborazione molto forte fra la realizzazione degli interventi dal punto di vista degli acquisti e dei lavori, ma anche dal punto di vista interconnessione (infatti tali interventi comportano un importante apporto per quanto riguarda la connettività, l'AI e lo storage dei dati prodotti) e di organizzazione, risulta un obiettivo strategicamente rilevante per l'Azienda per garantire soprattutto in ottica universitaria l'allineamento tecnologico rilevante rispetto allo stato dell'evoluzione tecnologica.

6. PROCEDURALIZZAZIONE RACCOLTA E PRIORITARIZZAZIONE FABBISOGNI PER LE NUOVE TECNOLOGIE E MONITORAGGIO PROCEDURALE

Risulta particolarmente rilevante per l'Azienda definire, date le dimensioni (7 ospedali e 5 AOF) e data l'imponente dotazione in carico all'Azienda, in collaborazione con la direzione strategica una procedura che formalizzi e sistematizzi il processo di raccolta delle esigenze; particolarmente rilevante sarà differenziare i percorsi tra le sostituzioni, che costituiscono la maggior parte degli interventi di investimento, le richieste di implementazione legate spesso a esigenze di carattere organizzativo e le nuove tecnologie, rispetto alle quali sarà notevolmente importante sistematizzare un processo multifattoriale di valutazione olistica degli impatti (HTA).

Rispetto all'imponente apparato delle richieste è assolutamente indispensabile introdurre e proceduralizzare un processo multifattoriale di prioritizzazione che coinvolga tutti gli attori che debbono condividere le valutazioni indispensabili nel processo di acquisizione di nuove tecnologie. Non si tratta solo di scegliere cosa acquistare, ma di stabilire *quando*

e perché investire in determinate soluzioni, garantendo che ogni acquisto sia allineato agli obiettivi strategici e che le risorse siano utilizzate in modo efficiente.

La prioritizzazione assicura che le tecnologie con il maggiore impatto potenziale sugli obiettivi aziendali (aumento dei ricavi, riduzione costi, qualità, customer experience) vengano considerate per prime. Nello specifico, i criteri guida per tale valutazione sono:

- Allineamento Strategico: si valuta in che misura una tecnologia supporta le priorità dell'Azienda (es. espansione, innovazione).
- Analisi Costi-Benefici: si confrontano i costi del ciclo di vita con i benefici attesi (es. efficienza, outcome clinici).
- Focus sull'Urgenza Operativa: si identificano le tecnologie necessarie per risolvere criticità operative o rispettare vincoli normativi.

A supporto di questa strategia, risulta decisiva la definizione delle sinergie tra il Servizio di Ingegneria Clinica e il neocostituito Servizio di Valutazione delle Tecnologie; tale collaborazione è fondamentale sia per la Direzione, sia per lo sviluppo universitario dell'Azienda (Asuit).

È altresì indispensabile disporre di strumenti che mantengano aggiornati gli stakeholder sull'iter di rinnovo tecnologico. Questo garantisce l'allineamento all'evoluzione delle attrezzature biomediche, assicurando alla popolazione trentina un servizio moderno, sicuro e d'eccellenza, e favorendo il necessario svecchiamento del parco macchine esistente.

Naturalmente, alla pianificazione dovrà associarsi una concreta capacità attuativa ("messa a terra") degli investimenti, diversificando le modalità di acquisizione. L'obiettivo è indirizzare le risorse provinciali in modo mirato, rispondendo ai reali fabbisogni per elevare la qualità dei servizi erogati.

Obiettivi triennali del Piano Infrastrutture e Attrezzature sanitarie

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
ADEGUAMENTO ANTINCENDIO DELLE STRUTTURE SANITARIE, OSPEDALIERE E POLIAMBULATORIALI (SCIA 6-9)	AVANZAMENTO PROCEDURALE INTERVENTO	Crono programma procedurale generale approvazione dip atti per gare affidamento progettazione	gare affidamento progettazione gare affidamento lavori avvio lavori	avvio lavori avanzamento lavori scia
PIANO DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA SANTA CHIARA E TRASFERIMENTI CONNESSI	DEFINIZIONE PROGRAMMA LAVORI DEL SINGOLO ANNO PROGETTAZIONE AFFIDAMENTO ESECUZIONE INTERVENTI	pianificazione temporale interventi 2026 70% interventi pianificati 2026 eseguiti	pianificazione temporale interventi 2027 70% interventi pianificati 2027 eseguiti	pianificazione temporale interventi 2028 70% interventi pianificati 2028 eseguiti
ATTUAZIONE INVESTIMENTI E MANUTENZIONI STRAORDINARIE RILEVANTI ROVERETO H	AVANZAMENTO PROCEDURALE	definizione QE affidamento masterplan complessivo definizione lotti o masterplan	definizione DIP L1 affidamento progettazione L1	approvazione esecutivo L1 appalto lavori
ATTUAZIONE INVESTIMENTI E MANUTENZIONI STRAORDINARIE RILEVANTI TIONE CDC	AVANZAMENTO PROCEDURALE	definizione QE affidamento gara progettazione avvio progettazione PFTE	approvazione PFTE approvazione ESE bando lavori	appalto lavori avvio lavori
ATTUAZIONE INVESTIMENTI E MANUTENZIONI STRAORDINARIE RILEVANTI POLO DSM ROV	AVANZAMENTO PROCEDURALE	definizione QE affidamento avvio gara progettazione	approvazione PFTE approvazione ESE bando lavori	appalto lavori avvio lavori

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
PTFE POUT	AVANZAMENTO PROCEDURALE DOPI	consegna PFTE approvazione PFTE bando AI	aggiudicazione AI validazione ESE avvio lavori preliminari	avvio lavori principali
INTERVENTI TECNOLOGICI RILEVANTI	FINALIZZAZIONE INTERVENTI TECNOLOGICI RILEVANTI OSPEDALE SANTA CHIARA	collaudazione radiologici collaudazione TC alte prestazioni attivazione ibrida attivazione sala 9 acquisizione RM/PET	collaudazione PET collaudazione RM	definizione programma sostituzioni TS POUT
PROCEDURALIZZAZIONE RACCOLTA E PRIORITARIZZAZIONE FABBISOGNI E MONITORAGGIO PROCEDURALE PER L'ACQUISIZIONE DI TECNOLOGIE	definizione procedura definizione ruolo HTA attivazione SW dedicato	approvazione procedura definizione declaratorie SIC/HTA acquisizione SW dedicato rinnovo tecnologico		

2.2.7 Tecnologie

Strategie di sviluppo del piano

La strategia di sviluppo dei Sistemi Informativi aziendali, nell'ambito del Dipartimento Tecnologie, per l'anno 2026-2028 si pone **in continuità con il percorso avviato nel triennio 2025-2027**, con un forte orientamento alla **messa a regime**, all'**integrazione dei sistemi** e al **consolidamento delle infrastrutture abilitanti**, in coerenza con le scadenze PNRR, FESR e con l'evoluzione dell'Azienda verso il modello di Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino.

L'anno 2026 rappresenta una fase di **trasformazione operativa**, in cui molte progettualità passano dalla sperimentazione all'uso estensivo, con un rafforzamento delle politiche di sicurezza, qualità del dato e automazione dei processi.

La macrostrategia si articola nel seguente schema:



Consolidamento applicazioni dipartimentali: con il consolidamento delle applicazioni dipartimentali si intende procedere al rinnovamento applicativo - attualmente Apss conta più di 150 applicazioni verticali - cercando di privilegiare l'approccio "a piattaforma". Si cerca infatti di definire un piano di priorità da una parte e dall'altra di consolidare specialità e verticalità all'interno di piattaforme che consentano ergonomia, integrazione e una più facile gestione della manutenzione adeguativa, correttiva ed evolutiva.

Convergenza e sviluppo di processi trasversali: a fianco di grandi applicazioni dipartimentali sempre più si affacciano gestioni a processo, tra cui spicca la Telemedicina. Questi ambiti si caratterizzano per un utilizzo trasversale di diversi strati applicativi e diversi tool per il compimento di un processo appunto trasversale ai domini e multi-stakeholder. All'interno di questo mondo di processi trasversali si collocano poi iniziative di grande respiro come la data platform e Trentino Health Factory per i dati o il FSE e EDS per la parte di interoperabilità e di piattaforme abilitanti.

Piattaforme di integrazione: su questo fronte più tecnologico e di back end si continua a progettare, evolvere e gestire piattaforme di comunicazione e di management delle interazioni tra applicazioni diverse sia interne che esterne all'Azienda. Si tratta di un insieme di oggetti che definiscono la funzionalità dell'intero sistema.

Servizi on line mobili: sempre di più nel triennio 2026-2028 si porrà l'attenzione sulla pubblicazione di servizi on line end-to-end. Sia di tipo prettamente sanitario e afferenti al Servizio Sanitario Provinciale utilizzando la piattaforma TreC e sia di carattere più amministrativo e strettamente connessi alle attività aziendali utilizzando le piattaforme applicative connesse al front-end del sito web.

Tutte queste azioni convergono sul focus centrale: l'evoluzione e la disponibilità dei dati sia per uso primario che per uso secondario.

Di seguito diamo una breve sintesi di alcune iniziative secondo una tassonomia di ambito tecnologico:

1. Ambito trasversale:

Nel 2026 il Dipartimento Tecnologie consolida il proprio ruolo di **regia tecnologica e metodologica** dei processi di trasformazione digitale aziendale.

Le principali direttrici di intervento sono:

- **Rafforzamento della governance dei progetti complessi**, in particolare per i sistemi core sanitari, le piattaforme dati e le iniziative di intelligenza artificiale.
- **Evoluzione dei processi di onboarding e autorizzazione**, attraverso la revisione completa dei processi GRU e l'automazione delle autorizzazioni applicative, con particolare attenzione alla coerenza tra identità digitale, ruoli e profili professionali.
- **Integrazione strutturata con Università, FBK e Regione**, sia per i progetti di AI sia per le iniziative data-driven e di ricerca applicata.
- **Sviluppo e sperimentazione di tre progetti di Intelligenza Artificiale**, in collaborazione con Ateneo, FBK e Regione, con focus su casi d'uso clinici concreti e misurabili.
- **Avvio di un progetto strutturato di cybersecurity**, orientato alla riorganizzazione delle responsabilità, alla definizione di processi di risposta agli incidenti e al rafforzamento delle capacità di monitoraggio.
- **Messa a regime della telemedicina**, con infrastruttura regionale stabile e passaggio dei dati clinici in tempo reale.

2. Ambito infrastrutturale:

Nel 2026 l'ambito infrastrutturale è fortemente orientato a **sicurezza, resilienza e abilitazione dei servizi digitali avanzati**.

Le principali linee strategiche comprendono:

- **Reti e connettività:**
 - Proseguimento del progetto di rete ospedaliera territoriale, con l'estensione ad ulteriori presidi.
 - Avvio del progetto di nuova rete dell'Ospedale Santa Chiara, con una prima implementazione parziale coerente con il network masterplan.
 - Avvio del progetto wireless aziendale, attraverso una mappatura puntuale degli edifici e la progettazione della nuova architettura Wi-Fi.
- **Sicurezza e identità digitale:**
 - Diffusione del doppio fattore di autenticazione (MFA) sulle principali applicazioni aziendali, in coerenza con le politiche di accesso basate sul rischio.

- Implementazione di sistemi di analisi dei log per il controllo delle policy di accesso e la qualità dei processi autorizzativi.
- **Piattaforme FSE:**
 - Avvio della infrastruttura provinciale di FSE: separazione strutturale tra Dossier Sanitario e FSE, con un cronoprogramma definito e il coinvolgimento anche delle strutture convenzionate.
 - Alimentazione e pubblicazione del Patient Summary, con integrazione delle cartelle dei Medici di Medicina Generale, garantendo completezza, tempestività e qualità del dato.

3. Ambito applicativo – area sanitaria:

Il 2026 è un anno chiave per la **messa a regime dei sistemi clinici core** e per l'estensione della digitalizzazione lungo l'intero percorso di cura.

Le azioni principali includono:

- **Avvio del Nuovo Sistema Informativo Ospedaliero**, con particolare riferimento alla Specialistica Ambulatoriale (nelle sue 43 declinazioni), all'area Materno-Infantile assicurando integrazione con i sistemi esistenti e con la Data Platform.
- **Evoluzione del progetto di Anatomia Patologica**, con le integrazioni necessarie ai flussi clinici e diagnostici.
- **Messa a regime delle piattaforme ODC/CDC**, con piena integrazione dei processi clinici e organizzativi.
- **Avvio del nuovo sistema SIAT per la salute mentale e la riabilitazione**, come strumento di supporto alla continuità assistenziale.
- **Personalizzazione e sviluppo della nuova piattaforma di Prevenzione**, a copertura degli ambiti di igiene pubblica, sicurezza alimentare, sanità veterinaria e acque potabili.
- Progettazione nuova fornitura Ris-Pacs.

4. Ambito dati e qualità del dato:

Il 2026 consolida il dato come asset strategico aziendale, sia a supporto delle decisioni cliniche sia per il governo dell'organizzazione.

Le principali direttrici includono:

- **Sviluppo della THF Data Factory**, nel contesto del progetto FESR, in collaborazione con FBK, per l'abilitazione di casi d'uso avanzati di analisi e ricerca.
- **Estensione della Data Platform aziendale**, con integrazione progressiva di nuovi domini informativi.
- **Implementazione di processi di controllo e automazione della qualità del dato**, anche attraverso l'analisi dei log e la verifica delle policy di accesso.
- **Allineamento dei sistemi amministrativi e clinici** ai modelli dati enterprise, in una logica paziente-centrica e interoperabile.

Obiettivi triennali del Piano Tecnologie

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Digitalizzazione dei processi di gestione del profilo dei dipendenti, processi di assunzione, processi di valutazione	% avanzamento progetto	Completamento modulo Valutazione	Valutazione e assunzione in esercizio	Completamento sviluppo Master data management
Data factory nel contesto del progetto FESR finanziato in collaborazione con FBK.	% avanzamento progetto	50%	100%	Mantenimento
Nuovo sistema informativo Ospedaliero: Specialistica Ambulatoriale, Materno Infantile, Ricoveri, Chirurgia, Terapia Intensiva	Rilascio in esercizio moduli	Avvio specialistica ambulatoriale e materno infantile	Completamento Specialistica ambulatoriale e Avviamento Ricoveri	Completamento Ricoveri e Chirurgia
CUP - Prenotazioni e cassa	% avanzamento progetto	Cassa	Innovazioni processo di prenotazione e disponibilità servizi on line	Messa a regime della completa prenotabilità on line delle prestazioni
Innovazione di processo con Agenti AI	Numero progetti	1 processo avviato	2 progetti a regime	3 progetti a regime
FSE/EDS: Fascicolo sanitario Elettronico, Ecosistema Dati Sanitari	Avanzamento allineato target ministeriali	100% avanzamento atteso dai target	100% avanzamento atteso dai target	100% avanzamento atteso dai target
Avvio progetto nuova rete Ospedale Santa Chiara e parziale implementazione	% avanzamento progetto	10%	50%	100%
Data platform e debiti informativi	dominii in data platform	3 domini (PS, Specialistica, Materno infantile)	Successivi tre domini	Successivi tre domini

2.2.8 Approvvigionamenti di beni e servizi

Strategie di sviluppo del piano

Partendo dal riesame dei risultati conseguiti nel 2025, il Piano di settore 2026 – 2028 intende consolidare il precedente Piano, proseguendo nel rafforzamento delle normali attività dei servizi coinvolti da declinarsi in obiettivi fondamentali e sfidanti, il tutto in coerenza con gli obiettivi fissati nel Programma di sviluppo strategico aziendale.

In particolare, rimangono prioritari anche nel Piano 2026 – 2028 gli obiettivi tesi ad elevare il numero e la qualità dei contratti conseguenti a procedure di gara (sopra e sotto soglia europea) svolte in autonomia da APSS o conseguenti a partecipazione a processi d'acquisto di centrali di committenza regionali o nazionali che conducono a convenzioni valide anche per APSS, al fine anche di ridurre quanto più possibile gli affidamenti diretti e le proroghe che devono essere comunque garantiti per permettere alla componente sanitaria di espletare in sicurezza e in efficacia i propri compiti a favore dei cittadini. Va chiarito, in merito, che il focus del Piano approvvigionamenti (per valori economici coinvolti e ricaduta sulle attività quotidiane delle strutture sanitarie aziendali) è e rimane la miriade di processi d'acquisto (di beni e servizi) finanziati in conto esercizio nel bilancio aziendale. L'individuazione delle gare prioritarie e il monitoraggio continuo su di esse posto in essere riguarda prevalentemente tale settore. Alcuni acquisti in conto capitale assumono peraltro rilevanza strategica, trattandosi di arredi e attrezzature necessari per consentire il completamento degli interventi legati al Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera (PRRO) ed al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), oltreché per l'allestimento e attrezzaggio di spazi e locali a seguito di interventi di ristrutturazione e antincendio. A questi, per il 2026, si aggiungono anche alcuni affidamenti di carattere eccezionale e strategico, in conto esercizio e in conto capitale, collegati all'evento Olimpiadi Milano Cortina 2026 e all'avvio della nuova Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino.

A livello dipartimentale, inoltre, prosegue il percorso avviato già nel 2024 di rivisitazione dei principali processi di logistica aziendale, con riferimento in particolar modo al percorso di partenariato pubblico privato intrapreso per l'implementazione di un magazzino unico aziendale e alle attività di micrologistica nelle UUOO. A latere di questi progetti nei prossimi anni verranno definite e implementate nuove logiche di approvvigionamento e gestione della flotta mezzi aziendali, nonché percorsi di valutazione dell'attuale rete trasporti aziendale per far fronte alle rinnovate esigenze cliniche ed operative della rete degli ospedali aziendali.

Obiettivi triennali del Piano Approvvigionamenti di beni e servizi

Obiettivo Operativo e Descrizione Attività	Indicatore	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
Acquisizione beni e servizi per progettualità PNRR, PRRO e altre progettualità strategiche	Effettuazione degli acquisti nei tempi necessari a garantire le tempistiche definite nelle diverse progettualità	100%	-	-
Magazzino aziendale unico	Attività connesse all'implementazione del magazzino aziendale unico	Verifica dell'interesse pubblico proposte PPP Avvio delle attività conseguenti alla verifica dell'interesse pubblico proposte PPP	Aggiudicazione procedura comparativa a seguito dell'eventuale conferma dell'interesse pubblico proposte PPP	Avvio contratto
Rete trasporti aziendali	Valutazione ed implementazione azioni migliorative a garanzia della funzionalità della rete trasporti aziendali	Completamento della valutazione e programmazione primi interventi migliorativi	Implementazione primi interventi migliorativi	Completamento interventi migliorativi e valutazione esiti
Gestione flotta mezzi aziendali	Revisione modalità di gestione della flotta mezzi aziendali	Valutazione e programmazione primi interventi migliorativi	Implementazione primi interventi migliorativi	Completamento interventi migliorativi e valutazione esiti

2.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

Premessa: il nuovo scenario aziendale dal punto di vista della prevenzione della corruzione

Il 2026 sarà caratterizzato dall'avvio del percorso dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino (**trasformazione in Asuit**), che comporterà rilevanti impatti organizzativi, procedurali e di governance, rendendo necessario un accompagnamento metodologico volto a garantire coerenza, presidio dei rischi e integrazione dei sistemi di controllo nel nuovo assetto.

In particolare, la confluenza in ASUIT può essere un'occasione per costruire un set di indicatori di impatto di Valore Pubblico che superino l'approccio adempimentale e di risultato, capaci di monitorare il miglioramento del benessere della collettività che si rivolge all'ente. Un set di indicatori che porrebbe l'ente come un unicum e all'avanguardia rispetto agli altri enti e del settore sanitario pubblico.

Un significativo ambito di sviluppo per l'ASUIT riguarderà l'avvio di una mappatura unica dei processi e l'**analisi integrata dei controlli interni e dei rischi**, che consentiranno di superare approcci frammentati e di leggere in modo sistemico i profili di rischio corruttivo, operativo, informatico, reputazionale e di mala-administration, anche alla luce delle nuove disposizioni in materia di cybersecurity e protezione dei dati. Tale percorso si collega direttamente al lavoro di consolidamento dell'ecosistema dei controlli, già avviato nel progetto "Valore PNRR", con l'obiettivo di razionalizzare i livelli di controllo, ridurre sovrapposizioni e incrementare l'efficacia complessiva delle verifiche, anche attraverso un uso più avanzato e consapevole delle tecnologie digitali.

In questo quadro si inserisce anche la riflessione sulle opportunità e sui rischi connessi all'utilizzo dell'**intelligenza artificiale** nella pubblica amministrazione, che richiede un approccio equilibrato, capace di coniugare innovazione, tutela dei dati, trasparenza e responsabilità, e di valutare l'impatto di tali strumenti sui processi decisionali e di controllo. In particolare, il 2026 è l'anno in cui è prevista la redazione di un nuovo atto aziendale e l'aggiornamento del codice di comportamento dei dipendenti pubblici, anche per regolamentare l'utilizzo dell'intelligenza artificiale generativa come strumento per l'ente e non come fattore di rischio.

L'esperienza maturata nel corso del biennio di collaborazione con una società di consulenza ha consentito di sviluppare metodologie di analisi integrate, sperimentare strumenti innovativi e costruire un dialogo strutturato con le diverse funzioni aziendali, in un'ottica di supporto continuo e di trasferimento di competenze. In continuità con il lavoro svolto, il contributo della società di supporto al c.d. "ciclo passivo", con particolare riferimento al PNRR, si configura come fattore abilitante per affrontare le sfide del 2026, accompagnando APSS nel rafforzamento del PIAO come strumento realmente integrato, partecipato e orientato alla creazione di valore pubblico.

Infine, l'anno 2026 prevede la rendicontazione delle linee di spesa finanziate con fondi **PNRR**, anche a mezzo dei pareri professionali di figure terze (ingegnere indipendente) quali attestazioni del puntuale rispetto dei principi trasversali e delle condizionalità del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e certificazione del pieno funzionamento previsto dai target ministeriali e comunitari.

L'approccio multidisciplinare ed integrato con la c.d. "Cabina di Regia" strategica ed operativa permette il presidio dei rischi e viene alimentato anche con le specifiche circolari aziendali e con il Vademecum Operativo PNRR attivati dalla funzione aziendale di Internal Audit.

2.3.1 Cosa si intende per corruzione e conflitto di interesse

Definizione di corruzione

Il termine corruzione comprende non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati dal codice penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, emerge un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'esercizio a fini privati delle funzioni attribuite.

La prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza contribuiscono alla creazione di "valore pubblico" e hanno natura trasversale a tutte le attività volte alla realizzazione della missione istituzionale di un'amministrazione.

Differenza tra conflitto di interesse e corruzione

Si definisce genericamente **conflitto di interesse** la situazione in cui un interesse secondario di un funzionario pubblico **tende ad interferire (conflitto reale o attuale)**, ovvero **potrebbe interferire (conflitto potenziale)**, con l'interesse primario (interesse pubblico o valore pubblico) ad agire in conformità con i suoi doveri e le sue responsabilità. In sanità, l'interesse primario è connesso principalmente alla tutela della salute del paziente, al buon andamento, all'imparzialità nelle scelte e al buon uso delle risorse pubbliche, mentre gli interessi secondari sono prettamente di tipo economico-finanziario o di altra natura.

Il conflitto di interesse è invece **apparente (o percepito)** quando agli occhi di un osservatore esterno l'interesse secondario, finanziario o non finanziario, può apparentemente interferire con l'interesse primario dell'azienda.

L'essere in conflitto di interesse e l'abuso effettivo della propria posizione facendo prevalere l'interesse secondario su quello primario, restano due aspetti distinti: una persona in conflitto di interesse, infatti, potrebbe non agire mai in modo improprio. Dunque **il conflitto di interesse non è un comportamento, come la corruzione, ma una situazione**, un insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dall'inseguimento di quelli secondari.

Pertanto, è importante che in presenza di un conflitto di interesse questo venga portato in evidenza, affinché possa essere effettuata una valutazione dell'intensità e del rischio di scelte non imparziali.

Con riferimento al conflitto di interessi è necessario fissare anche altri due concetti:

- in merito alla sua natura, l'interesse non necessariamente deve avere carattere patrimoniale ma può essere anche di altra natura, come ad esempio una situazione di amicizia o di natura politica o per assecondare pressioni dei superiori gerarchici. In generale, tutto ciò che possa pregiudicare l'imparzialità del dipendente;
- in merito ai soggetti titolari di interessi contrapposti: oltre al conflitto con interessi personali del dipendente, il Codice di comportamento (DPR 62/2013) chiede di considerare anche **gli interessi di parenti, di affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali si abbia rapporti di frequentazione abituale, nonché i soggetti e le organizzazioni** con cui il dipendente, o il coniuge, **abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi**, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

La **corruzione** è un comportamento che deriva dalla degenerazione di un conflitto di interesse, in quanto è l'agire del dipendente pubblico che fa prevalere il suo interesse secondario sull'interesse pubblico-primario.

2.3.2 Perché è fondamentale la prevenzione della corruzione ed a quali principi s'ispira l'APSS

L'APSS, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi determinano in termini di fiducia dei cittadini, intende contrastare il fenomeno soprattutto in termini preventivi.

È infatti parte essenziale del valore pubblico dell'azione di una pubblica amministrazione che la stessa non sia compromessa, violata o sviata da comportamenti contrari alla legge o comunque da comportamenti di abuso di posizione tesi a privilegiare interessi privati o comunque secondari. La prevenzione della corruzione è in sé generatrice di valore pubblico.

Nella elaborazione del PTPC, sin dalla prima edizione, si sono sempre tenuti in considerazione alcuni principi di ordine strategico, metodologico e finalistico contenuti nei PNA.

Principi strategici:

- a) *coinvolgimento dell'organo di indirizzo e del Consiglio di direzione;*
- b) *cultura organizzativa diffusa di gestione del rischio corruttivo: non riguarda solo il RPCT ma l'intera struttura;*
- c) *collaborazione con altre ASL, enti o organismi.*

Principi metodologici:

- a) *prevalenza della sostanza sulla forma;*
- b) *gradualità;*
- c) *selettività: il trattamento del rischio avviene a partire dai processi–a rischio più elevato;*
- d) *integrazione: è assicurata una piena integrazione tra il processo di gestione del rischio di corruzione e il ciclo di gestione delle performance;*
- e) *miglioramento e apprendimento continuo: il processo di gestione del rischio è improntato a una logica di continuo miglioramento.*

Principi finalistici:

- a) *effettività: il processo di gestione del rischio deve tendere ad una effettiva riduzione del livello di esposizione dell'organizzazione ai rischi corruttivi e coniugarsi con i criteri di efficienza ed efficacia complessiva dell'amministrazione, **evitando di generare oneri organizzativi inutili;***
- b) *i principi già enunciati nel PNA 2019 trovano piena applicazione nel PIAO, con particolare riferimento alla integrazione tra il processo di gestione del rischio di corruzione e il ciclo di gestione delle performance, tenendo conto dell'obiettivo di "valore pubblico".*

2.3.3 Contenuto e processo di aggiornamento della sezione anticorruzione del PIAO

La sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO dell'APSS, secondo quanto previsto dalla Legge 06.11.2012 n. 190, “Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”, ha tenuto conto, adattandolo al proprio contesto, di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo del Comitato interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) e dai Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) approvati nel corso degli anni dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Sin dal primo PTPC adottato nel 2013, il Piano è stato elaborato con il coinvolgimento e la partecipazione attiva, mediante incontri (*focus group*) con i direttori di Articolazione Organizzativa Fondamentale, i Direttori di Dipartimento e dei relativi Servizi, e con le strutture del Consiglio di Direzione, nell'attività di individuazione, di analisi e misurazione dei rischi, di proposta e di definizione delle azioni di prevenzione e di monitoraggio sulla loro attuazione (Control risk self assessment).

I processi analizzati sono stati individuati partendo dalle Aree definite dalla legge 190/2012 e dai PNA ad alto rischio ed effettuando una valutazione del rischio delle diverse fasi/attività.

Sin da novembre 2020, APSS ha aderito al progetto di durata triennale promosso da Transparency International Italia e REACT “Healthcare Integrity Forum – Forum per l'integrità in sanità” che prevede attività di valutazione delle strategie di prevenzione della corruzione degli enti sanitari, elaborazione e condivisione di nuovi modelli e strategie e attività formativa.

2.3.4 Il ciclo delle performance e il collegamento con la strategia per la prevenzione della corruzione

Gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione – e che sono oggetto di puntuale declinazione nell'apposita Sezione del Piano – sono inseriti, all'interno dell'APSS, in un sistema di meccanismi sia di controllo interno che esterno preesistenti e orientati al miglioramento continuo dell'efficienza e qualità dei processi aziendali di supporto e di erogazione delle prestazioni. La prevenzione della corruzione deve essere vista anche come un sistema interrelato con tutti i meccanismi di miglioramento della qualità dei processi presenti in Azienda. In questo senso la prevenzione della corruzione si interseca con la gestione delle performance aziendali, divenendone uno dei generatori degli obiettivi dell'azienda stessa.

La scelta di APSS nella prevenzione della corruzione è quella di prediligere un approccio culturale, orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità, non solo basato su regole e misure preventive o sanzionatorie. In tal senso, viene promossa la collaborazione dei vari soggetti interni ed esterni nella condivisione di strategie e strumenti per promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, affinché i singoli individui maturino la consapevolezza dell'importanza di perseguire questi valori e contribuiscano in maniera attiva nella diffusione degli stessi per la creazione di una “comunità” che garantisca la tutela dell'interesse della collettività.

Inoltre, la strategia per la prevenzione della corruzione aziendale segue un approccio sistemico, nel senso che strumenti e misure agiscono in maniera intercorrelata e sinergica per sortire un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

Contesto culturale	Codice di comportamento	Promuovono la cultura dell'etica, integrità e legalità all'interno e all'esterno dell'Azienda
	Codici deontologici	
	Formazione su etica e integrità	
	Sensibilizzazione società civile	
Supporto	Politica sulle segnalazioni (whistleblowing)	Forniscono informazioni per la corretta valutazione delle misure di prevenzione della corruzione
	Sistemi informativi	
	<u>Control Risk Self Assessment</u>	
	Sanzioni	
Presidio dei rischi	Aree di rischio obbligatorie, generali e specifiche	Strumenti per il contrasto dei rischi individuati dalla normativa e di quelli specifici di determinate attività e procedimenti propri del settore sanitario
	Misure per la gestione del rischio	
	Monitoraggio e riesame	
	Rotazione o misure compensative	
	<u>Revolving doors</u>	
	Trasparenza	

Strumenti per la prevenzione della corruzione

Gli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza sono riportati nella tabella seguente:

OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE SOGLIA 2026	VALORE SOGLIA 2027	VALORE SOGLIA 2028
Verifica delle attività connesse al PNRR	Monitoraggio degli affidamenti e delle attività di esecuzione dei contratti affidati con risorse PNRR	Controlli sul 50% procedure avviate	/	/
Riduzione del rischio di pantouflage *	Attivazione di un sistema di controllo a campione riferito al 10% delle dichiarazioni rilasciate dal personale al momento della cessazione. Le modalità saranno definite nell'ambito della	Definizione entro il 30 aprile 2026 delle procedure e modalità operative per l'esecuzione dei controlli. Raccolta dichiarazioni cessati dal	Controllo del 100% del campione sulle dichiarazioni acquisite nell'anno precedente	Controllo del 100% del campione sulle dichiarazioni acquisite nell'anno precedente

OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE SOGLIA 2026	VALORE SOGLIA 2027	VALORE SOGLIA 2028
	scheda obiettivi.	secondo semestre 2026		
Attuazione pluriennale della rotazione ordinaria del personale	Adozione del cronoprogramma e relativo aggiornamento	aggiornamento annuale del cronoprogramma	aggiornamento annuale del cronoprogramma	aggiornamento annuale del cronoprogramma
Nuovo regolamento incarichi esterni	Adozione del provvedimento; il testo è stato predisposto e valutato	adozione formale e prima applicazione	/	/
Inserimento nel Piano Acquisti di almeno n. 30 gare di competenza del Dipartimento tecnologie da effettuare come prioritarie nei prossimi tre anni.	Aggiornamento del piano acquisti	Avvio n. 10 procedure	//	//
Integrazione controlli tra Servizio internal audit e gestione fiscale e RPCT	documento d'integrazione tra le varie funzioni, che assicuri completezza dei controlli e funzioni coordinate fra i Servizi	applicazione e monitoraggio della procedura	applicazione e monitoraggio della procedura	applicazione e monitoraggio della procedura

* obiettivo riprogrammato per l'anno 2026

2.3.5 Soggetti destinatari della presente sezione del PIAO

Sono tenuti al rispetto di quanto previsto dalla presente sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO:

- i dipendenti dell'APSS, sia con rapporto esclusivo che non esclusivo;
- il personale operante presso le strutture del SSN a qualunque titolo, compresi tutti coloro che svolgono attività assistenziale, anche in prova, inclusi i medici in formazione

specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;

- i collaboratori e i consulenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'APSS;
- i soggetti che a diverso titolo operano o accedono in Azienda;
- i soggetti che stipulano contratti o convenzioni con l'APSS.

2.3.6 I soggetti chiave

La prevenzione dei fenomeni di corruzione e di maladministration, in generale, deve riguardare ogni singolo cittadino od organizzazione. Tutti dobbiamo sentirci coinvolti, qualunque sia il ruolo all'interno della società, dai dirigenti, ai pazienti, ai fornitori, alle istituzioni. La corruzione in sanità è ritenuta più grave poiché sottrae risorse, sempre più scarse, alla cura dei pazienti; pertanto l'azione di contrasto deve essere un dovere di ogni singola persona.

La normativa di prevenzione della corruzione individua alcune figure impegnate nel processo di prevenzione di fenomeni di corruzione. In APSS questi soggetti sono:

- Il Direttore Generale:

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale finalizzati alla prevenzione della corruzione, incluso il PIAO.

- Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il ruolo di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) è stato assegnato, con delibera del Direttore generale n. 692 dd. 19/10/2023, al dott. Luca Gherardini, Dirigente del Servizio affari generali. Il RPCT è il soggetto titolare in esclusiva del potere di predisposizione e di proposta della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO all'organo di indirizzo.

Il RPCT:

- monitora l'applicazione delle misure di prevenzione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- cura i rapporti con ANAC,
- aggiorna, in collaborazione col Dipartimento Risorse Umane, il Codice di comportamento,
- cura le pubblicazioni obbligatorie per la trasparenza,
- assicura i controlli sulle inconferibilità, incompatibilità e rotazione degli incarichi,
- organizza la formazione in tema di anticorruzione e trasparenza,
- monitora il rispetto dei termini del procedimento.
- supporta i servizi aziendali nella analisi di control-risk assessment e nella valutazione dei casi di potenziale conflitto di interesse, incompatibilità e inconferibilità;

- riceve le segnalazioni nell'interesse dell'integrità dell'Azienda attraverso la piattaforma online di whistleblowing assicurando la presa in carico e la tutela della riservatezza e dell'anonimato secondo quanto previsto dalla Legge e dalla Politica aziendale in materia (delibera del D.G. n.505 del 13/7/2023);
- verifica la corretta applicazione delle misure legate alla trasparenza;
- analizza le richieste di riesame delle richieste di accesso civico;
- si attiva, inoltre, in caso di accertati inadempimenti rilevati nella sua attività di monitoraggio, nei confronti dei dirigenti competenti alla trasmissione dei dati richiesti dalla sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO: in tali casi, informata la direzione aziendale, comunica formalmente al Nucleo di valutazione il mancato o incompleto adempimento per l'adozione dei provvedimenti che il Nucleo riterrà opportuno adottare, ivi compresa la valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato.

Oltre a vigilare sull'attuazione delle misure previste, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza può, in qualsiasi momento:

- richiedere ai Servizi/UU.OO. dati e documenti relativi a determinate attività;
- verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, ipotesi di corruzione e illegalità;
- effettuare controlli a campione di natura documentale e, in casi di particolare rilevanza, anche mediante sopralluoghi e verifiche presso le strutture competenti.

- I referenti aziendali del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

I Referenti supportano il RPCT nell'attività di diffusione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e lo affiancano nello svolgimento dei propri compiti e nell'attività di monitoraggio delle misure.

I Referenti, inoltre:

- presidiano, diffondono e monitorano la corretta applicazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO, del Codice di comportamento, dei Regolamenti aziendali e delle misure di prevenzione della corruzione per il corretto svolgimento dei processi aziendali. In particolare, relazionano al RPCT, entro il termine del 30 novembre, sull'attività di monitoraggio e supervisione circa la corretta applicazione delle misure e il rispetto dei termini di implementazione di quelle nuove, forniscono una valutazione sull'efficacia delle misure individuate, nonché considerazioni sulle modalità attraverso le quali è stato effettuato il monitoraggio e tracciati i controlli, indicando la presenza di rischi non precedentemente identificati. I Referenti suggeriscono anche le eventuali nuove misure necessarie ad incrementare l'azione preventiva, dandone informazione al RPCT;
- coinvolgono i dipendenti delle loro Strutture nelle attività previste dalla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO;
- nel caso di coinvolgimento nel whistleblowing, assicurano la tutela della riservatezza e l'anonimato secondo quanto previsto dalla Legge e dalla Politica aziendale in materia.

I Referenti sono indicati nella tabella seguente:

REFERENTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	
DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIP. PREVENZIONE
DIRIGENTE SERVIZIO AMMINISTRAZIONE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
DIRETTORE SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE	SERVIZIO OSPEDALIERO PROVINCIALE
DIRETTORE DIREZIONE MEDICA DI TRENTO	
DIRETTORE DIREZIONE MEDICA DI ROVERETO	
DIRETTORE DIREZIONE MEDICA DI CLES	
DIRETTORE DIREZIONE MEDICA DI CAVALESE	
DIRETTORE DIREZIONE MEDICA DI BORGO	
DIRETTORE DIREZIONE MEDICA DI ARCO E TIONE	
DIRETTORE UOM DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	
DIRETTORE UO FARMACIA OSPEDALIERA NORD	
DIRETTORE UO FARMACIA OSPEDALIERA SUD	
DIRIGENTE SERVIZIO AMMINISTRAZIONE OSPEDALE DI TRENTO	
DIRIGENTE SERVIZIO AMMINISTRAZIONE OSPEDALE DI ROVERETO	
DIRIGENTE SERVIZIO AMMINISTRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	DISTRETTO NORD
DIRETTORE UO ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI DI BASE	
DIRIGENTE SERVIZIO AMMINISTRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	DISTRETTO SUD
DIRETTORE UO ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI DI BASE	
DIRIGENTE SERVIZIO AMMINISTRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	DISTRETTO EST
DIRETTORE UO ORGANIZZAZIONE SERVIZI SANITARI DI BASE	
DIRETTORE DIPARTIMENTO APPROVVIGIONAMENTI E LOGISTICA	DIPARTIMENTI TECNICO AMMINISTRATIVI
DIRETTORE DIPARTIMENTO AFFARI ECONOMICO FINANZIARI, GENERALI E AMMINISTRATIVI	
DIRETTORE DIPARTIMENTO TECNOLOGIE	
DIRETTORE DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	
DIRETTORE DIPARTIMENTO RISORSE UMANE	
DIRIGENTE UMSE AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO	STAFF CONSIGLIO DI DIREZIONE
DIRIGENTE SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	
DIRETTORE UFFICIO RAPPORTI CON IL PUBBLICO	

DIRIGENTE SS INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA	
DIRETTORE DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE	DIREZIONE SANITARIA
DIRETTORE SERVIZIO POLITICHE DEL FARMACO E ASSISTENZA FARMACEUTICA	DIPARTIMENTO DI GOVERNANCE SANITARIA
DIRETTORE SERVIZIO SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
DIRETTORE SERVIZIO GOVERNANCE CLINICA	
DIRETTORE SERVIZIO SICUREZZA DELLE CURE E GESTIONE SINISTRI	
DIRIGENTE SERVIZIO CONVENZIONI	

Referenti RPC secondo il modello organizzativo di cui alla delibera G.P. n. 857/2022 e ss.mm.ii.

- I Dirigenti

Tutti i Dirigenti, all'interno dei propri processi e per le parti di rispettiva competenza, hanno la responsabilità primaria nell'assicurare la gestione dei rischi, anche di corruzione, attraverso l'applicazione delle misure di contenimento e l'adeguatezza del sistema di controllo; comunicano immediatamente al Referente competente o al RPCT eventuali criticità o misure più adeguate.

In particolare concorrono con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza:

- alla promozione presso i propri dipendenti dei valori dell'etica e dell'integrità;
- al monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure di propria competenza;
- a vigilare sull'assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse da parte dei dipendenti;
- al monitoraggio periodico circa il rispetto dei termini dei procedimenti di propria competenza;
- alla comunicazione al RPCT delle modifiche ed integrazioni del Piano che si rendano necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, a mutamenti organizzativi, istituzionali o nell'attività dell'APSS, nonché ad altri eventi significativi in tal senso;
- all'attuazione, ove possibile, della misura della rotazione dei dipendenti con funzioni di responsabilità e alla proposta di rotazione dei RUP per le attività ove sia più elevato il rischio di corruzione, o all'adozione di misure compensative;
- al monitoraggio dei 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;
- a provvedere affinché l'organizzazione della struttura/servizio/ufficio sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e risultato;
- all'adozione di misure che assicurino la diffusione e il rispetto del codice di comportamento aziendale e della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO

e all'adozione delle misure necessarie alla concreta attivazione della responsabilità disciplinare in caso di violazione;

- a collaborare per assicurare l'attuazione delle misure in materia di trasparenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni in materia.

- Il Nucleo di Valutazione dell'APSS:

- attesta l'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza, secondo la vigente normativa in materia; si coordina a tal fine con il RPCT che fornisce allo stesso gli elementi conoscitivi necessari per tale adempimento;
- adotta, in caso di segnalazione da parte del RPCT del mancato o incompleto adempimento degli obblighi di pubblicazione, i provvedimenti di competenza, compresa la valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato (L.P. 4/2014);
- supporta il Consiglio di direzione in relazione alle seguenti tematiche:
 - integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
 - verifica iniziale della coerenza degli obiettivi annuali programmati delle Articolazioni organizzative aziendali con le direttive di budget aziendali;
 - valutazione intermedia e finale sui risultati complessivi della gestione aziendale;
 - valutazione degli obiettivi affidati ai dirigenti e attribuzione ad essi della retribuzione di risultato;
 - monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione e della trasparenza e integrità dei controlli interni;
 - verifica della coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO e gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategica (art. 44 D.Lgs. 33/2013).

Costituisce, inoltre, organismo di valutazione di seconda istanza sul raggiungimento degli obiettivi individuali affidati ai dirigenti in sede di programmazione annuale dell'attività e dei risultati di gestione conseguiti dai dirigenti responsabili di struttura.

L'esito della valutazione rileva ai fini dell'attribuzione della quota attesa di retribuzione di risultato e concorre alla valutazione pluriennale dei dirigenti.

- Il Collegio sindacale:

Il Collegio sindacale è un organo dell'Azienda al quale sono attribuiti compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile della gestione aziendale, ai sensi dell'art. 30 della Legge provinciale 16/2010 sulla tutela della salute in Provincia di Trento.

Il PNA rafforza e riconosce il Collegio sindacale quale organo deputato a verifiche sulle aree a maggior rischio proprio con riferimento al fenomeno della maladministration e al rischio amministrativo, contabile e di corruzione.

- I Direttori di AOF/ Dipartimento/ Servizio/ U.O. e tutti i Dirigenti nonché i Direttori di ufficio e di incarico speciale per l'area di competenza:

- sono responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione della corruzione attinenti i processi da loro gestiti;
- partecipano al processo di gestione del rischio, all'individuazione delle misure di contenimento del rischio e alla corretta implementazione/attuazione delle misure;
- nel caso di coinvolgimento in attività di verifica di whistleblowing, assicurano la tutela della riservatezza e l'anonimato secondo quanto previsto dalla Legge e dalla Politica aziendale in materia;
- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT e dei Referenti del RPCT;
- sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei Regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni della presente sezione e di tutte le misure, sia generali che specifiche, del monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure e del rispetto dei termini per l'implementazione di quelle nuove;
- assicurano la diffusione e l'osservanza del Codice di comportamento e segnalano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e la rotazione del personale.

Con riferimento al ruolo e alle responsabilità dei dirigenti/direttori si richiama altresì il testo dell'art.16 del D.Lgs. n.165 del 2001 sulla disciplina delle funzioni dei dirigenti. Il comma 1, l-bis), l-ter) e l-quater) prevede che i dirigenti:

- *l-bis) concorrano 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;*
- *l-ter) forniscano le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;*
- *l-quater) provvedano al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di 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.*

L'attività di gestione di tutti i rischi, incluso quello di corruzione, i piani di contenimento dei rischi e l'attività di monitoraggio sono attività proprie del ruolo dirigenziale, in quanto sono coloro che gestiscono direttamente e conoscono meglio le attività e i rischi connessi alle medesime. Il RPCT supporta i dirigenti e riceve segnalazioni per l'aggiornamento della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO.

- L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD):

Con delibera del D.G. n. 19 del 21/1/2019, da ultimo modificata con delibera n. 216 del 28/03/2024, è stato costituito l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) in composizione collegiale e unico per tutte le aree, dirigenziali e non, del comparto Sanità. L'UPD:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- segnala immediatamente al RPCT l'apertura di procedimenti riguardanti il rischio di corruzione;

- relaziona al RPCT in merito allo stato dei procedimenti disciplinari o penali riguardanti violazioni del Codice di comportamento o per procedimenti penali.

- L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC)

Con delibera del D.G. n. 428 del 14/07/2022, da ultimo modificata con delibera n. 592 del 7/9/2023, è stato costituito l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC), organo collegiale preposto alla gestione delle contestazioni relative a fatti di maggior gravità di cui al comma 7 lett. B. dell'art. 25 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale 2016-2018.

- I Dipendenti e i Collaboratori:

- sono coinvolti nelle attività di prevenzione di fenomeni di maladministration e osservano le misure contenute nella presente sezione e nel Codice di Comportamento;
- si astengono e segnalano le situazioni di conflitto di interessi;
- segnalano condotte illecite o comportamenti opportunistici;
- collaborano, supportano e forniscono il proprio contributo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza nelle attività di prevenzione della corruzione.

Si rammenta che l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nella sezione anticorruzione del PIAO.

La violazione, da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dalla sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO costituisce illecito disciplinare (legge 190/2012, art. 1, co. 14).

- Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RSA)

Ogni stazione appaltante nomina il soggetto responsabile incaricato della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante, denominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RSA). Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano di Prevenzione della Corruzione di ogni stazione appaltante.

L'obbligo consiste nell'implementazione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, la classificazione della stessa e l'articolazione in centri di costo. Tale obbligo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici.

Con deliberazione del direttore generale n. 556 del 7 agosto 2024, il dott. Andrea Maria Anselmo, Direttore del Dipartimento Affari Economico-Finanziari, Generali e Amministrativi, è stato individuato quale Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante (RSA).

- i Pazienti, le Associazioni di tutela dei malati, i Collaboratori delle ditte fornitrici e gli altri soggetti esterni (stakeholder):

- segnalano casi di illecito o di rischi e irregolarità nell'interesse pubblico, anche attraverso la piattaforma di whistleblowing o tramite l'URP;
- possono inviare suggerimenti per il miglioramento in fase di consultazione della sezione del PIAO.

Si precisa che l'impegno nella prevenzione della corruzione riguarda tutti i portatori di interesse (stakeholder) e deve essere visto quale impegno personale nel contribuire sia a creare un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi, sia a garantire il miglior uso delle risorse della comunità.

2.3.7 Monitoraggio e riesame delle misure della sezione anticorruzione del PIAO

Il monitoraggio e il riesame rappresentano fasi fondamentali del processo di gestione del rischio, poiché solo attraverso la verifica della corretta attuazione, la valutazione delle misure e il riesame del processo di gestione del rischio è possibile assicurare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione. Tali fasi sono fondamentali al fine di operare, se necessario, delle correzioni migliorative (per mantenere la controllabilità o per ottimizzare le misure individuate).

Il monitoraggio e il riesame hanno come scopo quello di:

- analizzare il rischio;
- ottenere ulteriori informazioni per migliorare la valutazione del rischio;
- analizzare e apprendere dagli eventi, cambiamenti, tendenze, successi e fallimenti;
- rilevare i cambiamenti nel contesto esterno ed interno, comprese le modifiche ai criteri di rischio e al rischio stesso, che possano richiedere revisioni dei trattamenti del rischio e delle priorità;
- identificare i rischi emergenti;
- assicurare che le misure di contenimento del rischio siano efficaci ed efficienti sia nella progettazione sia nell'operatività.

La responsabilità della gestione dei rischi rientra tra i compiti e le responsabilità dei dirigenti e dei direttori.

In relazione a quanto sopra si è effettuato il monitoraggio di cui si dà conto nella sezione dedicata del PIAO.

2.3.8 Processo di gestione del rischio di corruzione

Il processo di gestione del rischio di corruzione ha visto il coinvolgimento dei direttori, dei dirigenti e dei funzionari gestori delle attività all'interno dei processi nell'effettuazione di analisi e valutazioni in merito al livello di esposizione al rischio di corruzione. L'obiettivo è quello di individuare le cause dei potenziali eventi corruttivi per poi valutare l'adeguatezza delle misure in essere. L'analisi è stata effettuata partendo dai processi prioritari a maggior rischio, indicati dalla Legge e poi dai PNA.

Dal 2019 l'approccio basato sull'analisi dei rischi all'interno dei processi è stato integrato con la valutazione delle performance dei processi. I dirigenti devono avere conoscenza dei rischi ed essere responsabilizzati sulla relativa gestione e sul raggiungimento delle performance in termini di efficacia ed efficienza.

In una logica di processo, le **PERSONE** sono i protagonisti del miglioramento, seguendo dunque la metodologia del *Control Risk Self Assessment* (CRSA).

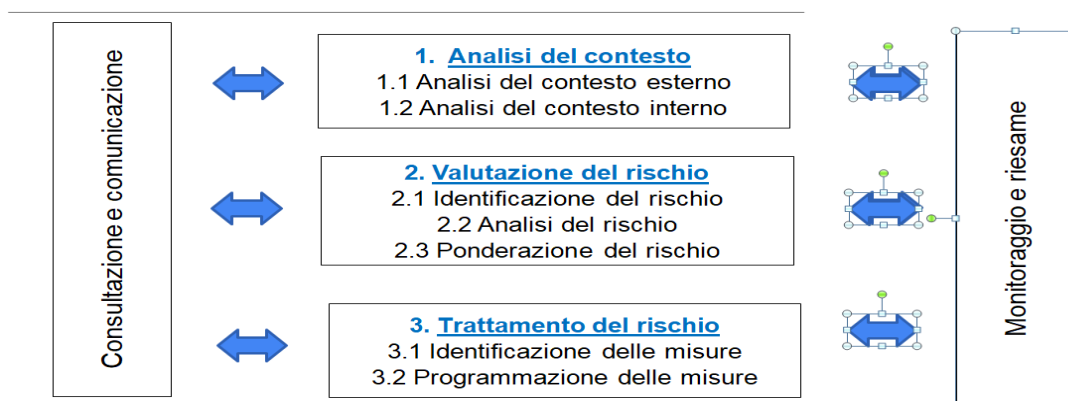
La misurazione dell'indice di rischio è effettuata come autovalutazione da parte dei dirigenti dei Servizi dei processi interessati, sia in quanto responsabili delle attività e della gestione dei rischi, sia perché sono i primi conoscitori delle modalità operative ed organizzative del servizio di competenza legate al processo analizzato. La scala di valutazione utilizzata considera l'impatto e la probabilità e per la valutazione si prendono in esame, oltre alla analisi della situazione del contesto interno ed esterno, una serie di fattori che possono influire sulla valutazione del rischio. In particolare:

ELEMENTI DA CONSIDERARE NELLA VALUTAZIONE DELLE PROBABILITA'	
- Livello di discrezionalità: processo vincolato da leggi o da atti amministrativi	
- Grado di pubblicità degli atti procedurali	
- Potere decisionale: collegiale o monocratico	
- Precedenti casi di corruzione	
- Modalità di effettuazione/approvazione controlli: effettuati da personale interno, da personale esterno o non effettuati	
- Complessità del processo	
- Presenza di procedure formalizzate, idonee e attuali	
- Attività oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	
- Segregazione di compiti e funzioni	

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'	
VALORE	DESCRIZIONE
BASSO	Inverificabile
MEDIO BASSO	improbabile
MEDIO	Remoto
MEDIO ALTO	Possibile
ALTO	Altamente probabile

Il processo di gestione del rischio è rappresentato e descritto nella seguente figura:

Processo di gestione del rischio di corruzione



Il risultato di tale processo di autovalutazione con i responsabili e i loro collaboratori ha portato ad un elenco di attività indicate nelle tabelle allegate alla presente sezione, riepilogate per Area e con l'indicazione del risultato della valutazione del rischio.

Nella tabella A) sono sintetizzate e indicate: le misure di contenimento, l'operatività o l'eventuale termine di implementazione, i responsabili dell'attuazione delle misure individuati nei Direttori di AOF/Dipartimento/Direzione medica competenti, con riferimento ai processi che ricadono nelle responsabilità dei Servizi/U.O. loro afferenti.

Tali attività e relativi gradienti di rischio sono oggetto di revisione annuale in sede di monitoraggio della sezione del PIAO.

Le misure operative o da adottare sono individuate dai direttori/dirigenti gestori dei processi in relazione alle risorse, all'organizzazione e al contesto di riferimento.

2.3.9 Aree di rischio

L'APSS si è concentrata sulle aree di rischio obbligatorie stabilite dalla L. 190/2012 e ha poi individuato ulteriori aree di rischio in relazione a quanto disposto dai PNA.

Aree di rischio generali previste dalla L. 190/2012, art. 1, c. 16:

- Autorizzazione o concessione
- Acquisti di beni, servizi e lavori
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati
- Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera

Aree di rischio generali:

- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
- Incarichi e nomine
- Affari legali e contenzioso

Aree di rischio specifiche per il settore sanitario:

- Attività libero professionale e liste di attesa
- Rapporti contrattuali con privati accreditati
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione
- Attività conseguenti al decesso intraospedaliero

Aree di rischio ulteriori individuate dall'APSS:

- Gestione dei magazzini e logistica interna

- Personale dipendente e convenzionato (pianificazione, selezione, gestione, formazione, amministrazione)
- Gestione dell'assistenza ospedaliera
- Gestione delle immobilizzazioni
- Gestione dei rimborsi agli assistiti

In particolare, il PNA 2022 si concentra sulle attività derivanti dall'applicazione del PNRR che determinano la gestione di ingenti risorse finanziarie finalizzate alla semplificazione e al miglioramento complessivo dell'azione amministrativa e alla realizzazione di opere pubbliche da attuare in tempi rapidi.

Per il settore appalti, l'Autorità ha individuato nel PNA 2022 i possibili eventi rischiosi derivanti dalle norme in deroga e le possibili misure per il contenimento dei suddetti rischi.

ANAC si è concentrata in particolare su:

- affidamenti diretti,
- procedure negoziate per servizi, forniture e lavori,
- procedure in deroga,
- procedure attinenti alle modifiche dei contratti e alle varianti in corso d'opera.

Le *check list* predisposte da ANAC sono state analizzate dalle strutture aziendali competenti ed è emerso che le misure attualmente previste sono sostanzialmente adeguate, anche tenuto conto della specifica normativa provinciale in materia di appalti e che le procedure di gara per l'affidamento di lavori di importo pari o superiore alla soglia comunitaria sono gestite dall'Agenzia Provinciale per gli Appalti Pubblici.

Le risultanze delle valutazioni effettuate per ciascuna area con le misure di prevenzione sono riportate nell'Allegato A) e nell'Allegato B).

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 605 del 19 dicembre 2023, ha approvato l'Aggiornamento 2023 al PNA 2022 dedicato esclusivamente ai contratti pubblici ed ha precisato che la parte speciale inserita nel PNA 2022 risulta sostanzialmente ancora attuale e che l'aggiornamento è finalizzato a fornire solo limitati chiarimenti al fine di introdurre i riferimenti alle disposizioni del nuovo codice dei contratti pubblici.

Nel PNA 2025, posto in consultazione ma non ancora approvato da ANAC, l'Autorità ha analizzato ulteriormente la tematica dei contratti pubblici ed ha suggerito nuove misure per la prevenzione del rischio corruttivo, in particolare su conflitto di interessi, fase esecutiva e appalti su delega di stazioni appaltanti non qualificate.

Di seguito sono descritte ed evidenziate, per le **Aree di rischio specifiche per il settore sanitario**, le modalità di organizzazione di APSS che permettono una gestione efficiente dell'attività e del servizio al cittadino.

2.3.10 Aree di rischio specifiche per il settore sanitario

Attività libero professionale e liste d'attesa

Alla luce del fatto che lo svolgimento dell'attività libero professionale e la gestione delle liste d'attesa sono considerate aree ad elevato rischio di corruzione, APSS ha formalizzato ed applicato l'**Atto aziendale in materia di libera professione intramuraria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario e degli specialisti convenzionati interni**, (Delibera DG APSS

n. 1456/2003 e ss.mm., da ultimo con la Delibera DG APSS n. 651/2019) e ha definito le **Linee guida aziendali della libera professione intramuraria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario e degli specialisti convenzionati interni**, al fine di disciplinare la materia anche in relazione alla prevenzione del rischio di corruzione.

L'Azienda effettua il monitoraggio dei volumi dell'attività libero professionale in rapporto all'attività istituzionale attraverso una specifica Commissione e, grazie al sistema di gestione delle liste istituzionali mediante l'istituzione dei RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenei), le prestazioni vengono prenotate secondo le seguenti classi di priorità.

APSS è stata la prima Azienda sanitaria in ambito nazionale ad introdurre nell'accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali il metodo RAO; dal 1° gennaio 2025 i Codici RAO PAT, precedentemente utilizzati, sono stati sostituiti dalle nuove classi di priorità denominate U-B-D-P, così come previste dal Ricettario standardizzato nazionale:

ex CODICI RAO PAT		nuovi CODICI NAZIONALI		APSS
A	entro 3 gg.	U	max 3 gg.	max 3 gg.
B	entro 10 gg.	B	max 10 gg.	max 10 gg.
C	entro 30 gg.	D	max 30 gg. per visite	max 30 gg. visite e prestazioni strumentali
			max 60 gg. per prestazioni strumentali	
E	entro 90 gg.	P	max 120 gg.	max 90 gg.
P	follow up attesa programmata			

La Commissione di promozione e verifica della libera professione, che nella Provincia Autonoma di Trento assolve le funzioni dell'organismo paritetico di cui all'art. 3 comma 3 dell'accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010 e prevista dall'Atto aziendale 2019 sopra citato (Allegato 2, art. 17), si riunisce con cadenza almeno semestrale, al fine di verificare:

- il rispetto degli impegni assunti in sede di negoziazione per budget di esercizio relativamente ai volumi di attività assicurati in sede istituzionale e quelli svolti in regime libero-professionale;
- l'andamento delle liste di attesa;
- l'eventuale contrasto dell'attività LP intramuraria con le finalità e le attività istituzionali;
- l'equilibrio fra attività istituzionale ed attività libero professionale, con particolare riferimento al volume delle prestazioni eseguite, sia prime visite che visite di controllo.

Il Piano Provinciale per il contenimento dei tempi di attesa 2019-2021, che ha recepito il Piano nazionale, ha previsto che, nel caso di criticità sui tempi di attesa, la Commissione di promozione e verifica della libera professione si riunisca in modalità integrata con il rappresentante della Consulta provinciale e tali indicazioni sono state recepite dalla predetta Commissione nella seduta del 27.11.2019.

Nel 2016 e nel 2019, l'atto aziendale sulla libera professione è stato revisionato così come previsto nel precedente PTPCT, apportando miglioramenti con riferimento alla prevenzione di fenomeni opportunistici.

Si elencano di seguito alcune delle misure previste dal vigente Atto Aziendale:

1. il divieto di autorizzare l'esercizio della libera professione in coincidenza con turni di pronta disponibilità e di guardia;
2. il divieto di utilizzo del ricettario del Servizio Sanitario Nazionale e dei codici di priorità nello svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia;
3. il divieto di autorizzare l'esercizio della libera professione in presenza di liste "chiuse" dell'U.O. per il regime istituzionale (art. 4).

La corretta applicazione di quanto prescritto in tali documenti rappresenta una buona misura per la prevenzione della corruzione e ciò è testimoniato dall'andamento dei volumi di attività in regime istituzionale in rapporto con quelli in libera professione.

Nell'anno 2025 la Commissione si è riunita in data 11 giugno e 19 novembre. In entrambi gli incontri sono stati analizzati i volumi dell'intero anno 2024 e del primo semestre 2025. Nel periodo dal 01/01/2024 al 30/06/2025 è stato rilevato che, per le prestazioni di specialistica ambulatoriale:

- l'attività resa in libera professione non raggiunge il 6% del totale dell'attività sanitaria, escludendo le prestazioni di Patologia Clinica e Microbiologia e virologia;
- nessuna Unità Operativa presenta un rapporto complessivo fra attività libero professionale e istituzionale (prime visite + controlli + altre prestazioni) pari o superiore al 50%.

La distribuzione delle prestazioni nelle varie sedi di erogazione, pubbliche e private convenzionate, ospedaliere e territoriali presenti sul territorio provinciale, si colloca in un'ottica di rete che ha nel CUP un suo punto di forza e ha fornito un valido contributo organizzativo nel contenimento delle liste d'attesa.

I vantaggi di un unico sistema informatico di prenotazione sono:

- la trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nelle varie strutture APSS e convenzionate;
- la possibilità di scelta della struttura;
- procedure omogenee di accesso per le stesse prestazioni erogate presso tutte le strutture (pubbliche e private accreditate) con offerta del primo posto libero dell'intera rete aziendale.

Inoltre, per il monitoraggio degli incassi in libera professione, come anche per l'attività in regime istituzionale, sono previsti controlli tra elenco "prenotati" ed elenco delle prestazioni incassate.

La distribuzione sul territorio delle sedi che erogano prestazioni specialistiche è capillare per le prestazioni di primo livello, mentre è necessariamente concentrata nelle sedi ospedaliere per le prestazioni a maggiore complessità o ad elevata tecnologia.

Al momento della prenotazione, che avviene tramite il sistema unico centralizzato di prenotazione, l'appuntamento viene dato non sulla base della cronologia di chiamata ma in relazione alla classe di priorità indicata sulla prescrizione.

Il fatto di avere un'unica modalità di accesso alle prenotazioni rappresenta un importante strumento del sistema CUP provinciale, sia per le prestazioni in regime istituzionale che in libera professione, con modalità multicanale (telefono, sportello, online tramite TREC),

garantendo tuttavia percorsi separati di scelta fra i due regimi.

I vantaggi di un unico sistema informatico di prenotazione sono:

- la trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nelle varie strutture APSS e convenzionate;
- la possibilità di scelta della struttura;
- procedure omogenee di accesso per le stesse prestazioni erogate presso tutte le strutture (pubbliche e private accreditate) con offerta del primo posto libero dell'intera rete aziendale.

2.3.11 Monitoraggio dei tempi di attesa APSS – Anno 2025

Il **governo delle liste di attesa** rappresenta oggi uno degli snodi principali della politica sanitaria.

Alla base del governo delle liste di attesa vi è il riconoscimento che la domanda di prestazioni sanitarie non è infinita, ma cresce in relazione all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle patologie croniche, al progresso tecnologico e a una maggiore attenzione alla prevenzione. Se questa domanda non viene governata, il rischio è quello di generare attese eccessive, disuguaglianze territoriali e un ricorso improprio al settore privato.

Un primo elemento fondamentale è, come esposto nel paragrafo precedente, la **definizione delle priorità cliniche, tramite il sistema nazionale U-B-D-P**.

Questo strumento, tuttavia, funziona solo se è accompagnato da una forte attenzione all'appropriatezza prescrittiva. Prescrizioni non necessarie o non correttamente classificate contribuiscono, infatti, ad appesantire le liste di attesa e a sottrarre risorse ai pazienti che ne hanno maggiore bisogno.

Negli ultimi anni la Provincia e l'APSS hanno messo in campo diversi interventi per ridurre i tempi di attesa, come il potenziamento della specialistica ambulatoriale, l'utilizzo di ore aggiuntive del personale sanitario, accordi con professionisti esterni, un maggior ricorso al privato accreditato e un monitoraggio più puntuale delle prenotazioni.

In attuazione della legge n. 107 del 29 luglio 2024, AGENAS ha realizzato la Piattaforma Nazionale delle Liste di Attesa (PNLA), con l'obiettivo di monitorare, a livello nazionale, i tempi di attesa delle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento alle classi di priorità.

La sua funzione principale è quella di **raccogliere, uniformare e rendere confrontabili** i dati sui tempi di attesa e sui volumi di prestazioni erogate dalle Regioni e dalle Province autonome. Attraverso flussi informativi standardizzati, la piattaforma consente di avere una visione complessiva del fenomeno, superando la frammentazione dei sistemi informativi locali.

Dal punto di vista del governo delle liste di attesa, la piattaforma AGENAS svolge almeno tre funzioni fondamentali:

1. Una **funzione di conoscenza**, ossia rendere visibili i tempi di attesa reali, le prestazioni più critiche e le differenze territoriali. Senza dati affidabili e omogenei, il governo delle liste di attesa rischia, infatti, di basarsi su percezioni o stime parziali anziché su evidenze oggettive.
2. Una **funzione di supporto alla programmazione**. I dati della piattaforma AGENAS permettono alle Regioni e alle Province autonome di individuare le aree di

maggiore sofferenza, di valutare l'efficacia degli interventi messi in campo e di orientare le risorse verso le prestazioni e i territori più critici. In questo senso, la piattaforma non è solo uno strumento di controllo, ma anche un supporto alle decisioni organizzative e strategiche.

3. Una **funzione di responsabilizzazione**, rafforzata in modo significativo dal DL 73/2024. La piattaforma AGENAS alimenta, infatti, il sistema di verifica nazionale e costituisce la base informativa su cui opera l'Organismo di controllo del Ministero della Salute. I dati non rimangono più confinati al livello locale, ma diventano parte di un circuito nazionale di valutazione delle performance. Questo passaggio segna un cambiamento culturale importante: il governo delle liste di attesa non è più solo un obiettivo dichiarato, ma un ambito soggetto a verifica esterna.

In questo nuovo assetto, il collegamento tra piattaforma AGENAS e figure di governo locale, come il **Responsabile Unico regionale o provinciale dell'Assistenza Sanitaria (RUAS)**, è centrale. Il RUAS utilizza i dati della piattaforma per monitorare l'andamento delle liste di attesa, per predisporre i piani annuali di intervento e per dimostrare il raggiungimento – o il mancato raggiungimento – degli obiettivi fissati. La piattaforma diventa, quindi, il linguaggio comune tra livello locale e livello nazionale.





Attualmente il Servizio Specialistica ambulatoriale ha raccolto i dati provvisori fino a novembre 2025. Di seguito sono riportati i dati relativi alle prenotazioni riguardanti i primi accessi per prime visite ed esami strumentali in regime istituzionale (SSN):

Prestazioni Prenotate
400.703

Priorità	Prenotazioni	Prenotazioni entro i tempi	% entro i tempi
⊕ Urgente	15.519	10.269	66% 
⊕ Breve	127.692	81.578	64% 
⊕ Differibile	164.632	129.466	79% 
⊕ Programmabile	92.860	69.614	75% 
Totale	400.703	290.927	73%





Per quanto riguarda la prenotazione delle prime visite specialistiche, la situazione è la seguente:

Prestazioni Prenotate
223.468

Priorità	Prenotazioni	Prenotazioni entro i tempi	% entro i tempi
⊕ Urgente	7.812	4.079	52% 
⊕ Breve	57.366	31.613	55% 
⊕ Differibile	72.938	46.316	64% 
⊕ Programmabile	85.352	63.896	75% 
Totale	223.468	145.904	65%

Per quanto riguarda, invece, la prenotazione degli esami strumentali in regime istituzionale, la situazione è la seguente:

Prestazioni Prenotate
177.235

Priorità	Prenotazioni	Prenotazioni entro i tempi	% entro i tempi
⊕ Urgente	7.707	6.190	80% 
⊕ Breve	70.326	49.965	71% 
⊕ Differibile	91.694	83.150	91% 
⊕ Programmabile	7.508	5.718	76% 
Totale	177.235	145.023	82%

Questi dati vengono trasmessi mensilmente al fine di alimentare la piattaforma nazionale che a breve sarà disponibile nel portale di AGENAS (all'indirizzo <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla/>).

L'elenco delle Prestazioni monitorate all'interno della Piattaforma AGENAS sono quelle previste dal PNGLA in vigore.

Rapporti convenzionali con strutture/professionisti accreditati, con organizzazioni di volontariato per le attività di soccorso sanitario e trasporto sanitario e con associazioni donatori di sangue

Le fasi di autorizzazione e di accreditamento istituzionale nel territorio del Trentino sono gestite direttamente dalla Provincia Autonoma di Trento. La Giunta Provinciale definisce annualmente, ai fini della stipulazione degli accordi contrattuali, per ogni Struttura o tipo di attività, le funzioni, i limiti di spesa, nonché i criteri di finanziamento e di controllo. Nel rispetto di quanto definito dalla Provincia Autonoma di Trento, l'APSS gestisce i rapporti di convenzionamento per l'erogazione di attività e svolge attività di controllo sulle strutture accreditate.

Relativamente alle strutture accreditate che svolgono attività di degenza, il sistema dei controlli prevede la seguente tipologia:

- contrattuale, attraverso la definizione di un budget massimo di spesa/anno per tipologia di attività (acuti, riabilitazione, lungodegenza), che tiene conto della ripartizione del budget SSP e SSN secondo le indicazioni stabilite dalla deliberazione provinciale di finanziamento (deliberazione G.P. di Trento n. 2237/2024) dei parametri di posti letto accreditati per le specifiche aree, delle tariffe stabilite dalla programmazione provinciale con le deliberazioni G.P. n. 16/2015, n. 1912/2020, 1780/2024 e l'attuazione del monitoraggio periodico del rispetto dei suddetti limiti/vincoli/parametri e sul raggiungimento degli obiettivi negoziati (es. numero minimo di trasferimenti dalle U.O. di P.S. degli ospedali pubblici, budget attività ortopedica, ecc.).
- informatico, mediante il processo dei dati SDO dei ricoveri tramite il sistema aziendale MOS (Struttura convenzionata --> Dipartimento tecnologie --> APSS --> sistema gestionale GPS --> rendiconto mensile) univoco alle strutture ospedaliere pubbliche;

- c. contabile, con elaborazione "in house" dei rendiconti delle prestazioni di degenza, tramite sistema gestionale GPS;
- d. di merito, con verifiche da parte della Commissione aziendale di vigilanza sulla corretta codifica delle SDO e sulle cartelle relative ai ricoveri ad alto rischio di inappropriatezza.

Per quanto concerne le strutture private accreditate che svolgono **attività di riabilitazione e lungodegenza**, il sistema dei controlli prevede: l'accoglienza di pazienti trasferiti da reparti ospedalieri per acuti secondo i criteri e le modalità definite dalle deliberazioni della G.P. di Trento n. 1115/2017, 1117/2017, 1338/2018 e 1780/2024.

Sono effettuate, inoltre, verifiche puntuali su tutte le richieste di proroga dei ricoveri di pazienti in lungodegenza e riabilitazione in applicazione della procedura ID 106355023 di data 2.8.2019.

Per quanto concerne **l'assistenza specialistica**, sussiste la seguente tipologia di controlli:

- a. contrattuale, attraverso la definizione con ciascuna struttura di un budget massimo di spesa/anno per tipologia di attività (branca), nel rispetto del finanziamento di cui alla deliberazione G.P. n. 2237/2024 (ed eventuali integrazioni) e delle tariffe vigenti e l'attuazione del monitoraggio periodico del rispetto dei limiti/vincoli/parametri e sul raggiungimento degli obiettivi negoziati (es. n. minimo prestazioni); con impostazione nel sistema gestionale dei limiti di budget, tariffe, quantità e volumi di attività negoziata.
- b. sui comportamenti degli erogatori; in tale contesto sono previsti controlli campionari sulla corrispondenza tra prescrizione medica e prestazioni erogate, sulla corrispondenza delle prestazioni fruite con le prestazioni addebitate e con quanto effettivamente pagato dall'assistito, sulla coerenza tra il codice di esenzione indicato sulla ricetta e le prestazioni erogate in regime di esenzione, sulla corrispondenza tra il codice esenzione attestato in ricetta e quanto certificato in anagrafe, sulle dichiarazioni attestanti il diritto di esenzione dal ticket per reddito, sui limiti di prescrivibilità per ricetta (procedura per il monitoraggio e controllo amministrativo quali/quantitativo delle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture accreditate – rep. 15243 di data 3.9.2018).

Per quanto concerne **l'assistenza termale**, è prevista la seguente tipologia di controlli:

- a. contrattuale, attraverso la definizione con ciascuna struttura di un budget massimo di spesa/anno, nel rispetto del finanziamento di cui alla deliberazione G.P. n. 2237/2024 e delle tariffe vigenti e l'attuazione del monitoraggio periodico del rispetto dei limiti negoziati; con impostazione nel sistema gestionale dei limiti di budget, tariffe, quantità e volumi di attività negoziata.
- b. sui comportamenti degli erogatori; in tale contesto sono previsti controlli campionari sulla corrispondenza tra prescrizione medica e prestazioni erogate, sulla corrispondenza delle prestazioni fruite con le prestazioni addebitate e con quanto effettivamente pagato dall'assistito, sulla coerenza tra il codice di esenzione indicato sulla ricetta e le prestazioni erogate in regime di esenzione, sulla corrispondenza tra il codice esenzione attestato in ricetta e quanto certificato in anagrafe, sulle dichiarazioni attestanti il diritto di esenzione dal ticket per reddito, sui limiti di prescrivibilità per ricetta.

Per quanto riguarda **l'assistenza dei non autosufficienti presso le R.S.A. convenzionate** con il SSP (delibera delibera G.P. n. 2253/2024) nonché l'assistenza svolta dalle RSA a supporto del SSP nel periodo pandemico (delibera G.P. n. 2.227/2023 e 1781/2024) gli strumenti di controllo prevedono:

- remunerazione in base a budget annuali massimi prestabiliti per ogni struttura ed erogazione mensile delle spettanze;
- rendicontazione tramite sistema "Atl@nte" o software con esso interoperante delle spettanze mensili dovute per singola struttura, calcolato sulla base della effettiva occupazione dei posti letto convenzionati;
- pagamento delle spettanze mensili in conciliazione con la rendicontazione mensile effettuata per singola struttura - nota APSS id. 24963949 del 02.11.2011;
- verifiche campionarie a cura delle UVM degli ambiti territoriali rispetto ai dati inseriti nel sistema "Atl@nte" da parte della struttura (date ingresso, date dimissione) – nota APSS id. 24963949 del 02.11.2011;
- verifiche e vigilanza amministrativa a cura del personale amministrativo di APSS dei singoli ambiti territoriali con almeno un accertamento all'anno per ogni struttura e relativa verbalizzazione per la verifica campionaria di parametri di personale;
- vigilanza tecnico sanitaria a cura del personale sanitario di APSS dei singoli ambiti territoriali con almeno un accertamento all'anno per ogni struttura, con utilizzo di *check list* e indicatori sui principali processi assistenziali e relativa verbalizzazione con eventuali prescrizioni finalizzate al miglioramento della qualità assistenziale;
- verifiche di andamento della spesa con relazione al primo semestre e ai nove mesi di attività oltre che a fine esercizio.

Per quanto riguarda **l'assistenza in centri diurni anziani convenzionati** con il SSP (delibera G.P. n. 2254/2024) gli strumenti di controllo prevedono:

- remunerazione in base a budget annuali massimi prestabiliti;
- erogazione mensile delle spettanze calcolate, in base alle direttive provinciali, in rate costanti o in rate variabili; nel caso di rate variabili le stesse vengono calcolate a cura dei servizi di APSS tenendo conto delle presenze rendicontate tramite sistema "Atl@nte" o software con esso interoperante e delle tariffe previste;
- pagamento mensile fino al limite massimo previsto dal budget massimo annuale;
- verifiche di andamento della spesa con relazione al primo semestre e ai nove mesi di attività oltre che a fine esercizio;
- verifiche e vigilanza amministrativa a cura del personale amministrativo di APSS dei singoli ambiti territoriali con almeno un accertamento all'anno per ogni struttura e relativa verbalizzazione per la verifica campionaria di parametri di personale;
- vigilanza tecnico sanitaria a cura del personale sanitario di APSS dei singoli ambiti territoriali con almeno un accertamento all'anno per ogni struttura, con utilizzo di *check list* e indicatori sui principali processi assistenziali e relativa verbalizzazione con eventuali prescrizioni finalizzate al miglioramento della qualità assistenziale.

Per quanto riguarda **l'assistenza in strutture socio sanitarie di natura residenziale o semiresidenziale convenzionate** con il SSP (delibera G.P. n. 439/2025 e ss. mm. ii.) gli strumenti di controllo prevedono:

- remunerazione in base a budget annuali massimi prestabiliti;

- erogazione mensile delle spettanze calcolate, in base alle direttive provinciali, in rate costanti o in rate variabili; nel caso di rate variabili le stesse vengono calcolate a cura dei servizi di APSS tenendo conto delle presenze rendicontate e delle tariffe previste anche attraverso appositi software;
- pagamento mensile fino al limite massimo previsto dal budget massimo annuale;
- verifiche di andamento della spesa con relazione al primo semestre e ai nove mesi di attività oltre che a fine esercizio.
- verifiche e vigilanza amministrativa a cura del personale amministrativo di APSS dei singoli ambiti territoriali con almeno un accertamento all'anno per ogni struttura e relativa verbalizzazione per la verifica campionaria di parametri di personale per le strutture per le quali sono stati individuati i parametri.

Relativamente **all'assistenza psicologica convenzionata** APSS i sistemi di controllo sono:

- a. contrattuale, attraverso la definizione per ciascuna struttura di un budget massimo di spesa, nel rispetto del finanziamento di cui alla deliberazione G.P. n. 2237/2024 e delle tariffe vigenti e dei limiti previsti dalle direttive provinciali G.P. n. 1909/2023 (autorizzazione delle UO psicologia pubbliche, massimo otto sedute salvo proroga della UO psicologia pubblica, accesso diretto solo per disabili uditivi);
- b. verifica puntuale, per tutti i casi rendicontati, della presenza dell'autorizzazione dell' UO psicologia pubblica;
- c. contabile, con elaborazione "in house" dei rendiconti delle prestazioni, tramite sistema gestionale GPS con impostazione nello stesso dei limiti di budget, tariffe, quantità massime previste dalle direttive provinciali salvo deroga.

Per quanto riguarda **l'assistenza odontoiatrica convenzionata**, l'APSS gestisce i rapporti di convenzionamento con gli studi/ambulatori odontoiatrici privati accreditati per l'erogazione delle attività, svolgendo i seguenti tipi di controllo:

- a. contrattuale, attraverso la definizione con ciascuna struttura di un budget massimo di spesa annua, per tipologia di cure (secondarie, protesica e ortodontiche), nonché il loro relativo monitoraggio periodico. I contratti prevedono vincoli di spesa assoluti e per tipologia di cure, l'applicazione delle tariffe prestazionali stabilite dalle direttive provinciale (ultima deliberazione G.P. n. 383/2021), nonché il rispetto delle limitazioni previste dalle stesse e dal relativo Nomenclatore Tariffario;
- b. contabile/ informatico, con elaborazione "in house" dei consuntivi mensili delle prestazioni erogate tramite il gestionale aziendale "IE odontoiatria". In tale software sono implementate verifiche automatiche sulla maggior parte delle limitazioni previste dalle direttive e dal Nomenclatore Tariffario. Nel caso di alert sul consuntivo si effettuano approfondimenti extra sistema. In fase di rendicontazione mensile viene applicata la procedura dei controlli degli studi odontoiatrici prima della convalida del flusso (id. 114466437 28/02/2020);
- c. di merito, con verifiche campionarie di alcuni piani di cura di alcune strutture, a cura di apposita Commissione aziendale (da ultimo modificata con delibera D.G. 298/2024), approfondendo in particolare la correttezza e completezza della documentazione amministrativa-sanitaria e il pieno rispetto delle direttive sull'assistenza odontoiatrica vigenti.

Relativamente ai rapporti con le **organizzazioni di volontariato per le attività di soccorso sanitario e di trasporto sanitario**, l'art. 23 comma 4 della L.P. 23 luglio 2010, n. 16 prevede che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS), nell'ambito delle direttive della Giunta

provinciale, possa stipulare convenzioni con associazioni di volontariato e associazioni di promozione sociale, iscritte da almeno sei mesi nel registro unico del terzo settore, aventi ad oggetto prestazioni a favore del servizio sanitario provinciale. Il servizio di trasporto sanitario di emergenza e urgenza può essere affidato ai soggetti di cui all'art. 57 del d.lvo n. 117 del 2017 con convenzione senza previo esperimento di una procedura comparativa.

Sulla base di quanto previsto dalle deliberazioni della G.P. n. 2345/2021 e n. 1340/2022 è stato affidato, fino al 31.12.2025, il trasporto sanitario di emergenza e urgenza alle organizzazioni di volontariato in possesso dei requisiti previsti.

Con deliberazione della G.P. n. 1573 di data 4 ottobre 2024 sono state aggiornate le direttive ai sensi dell'art. 23 comma 4 della L.P. n. 16/2010 per la stipula delle convenzioni aventi ad oggetto lo svolgimento di attività di soccorso sanitario e di trasporto sanitario a favore del servizio sanitario provinciale, che sostituiscono le direttive approvate con la deliberazione G.P. n. 2345/21 e ss.mm.

Per l'attività di trasporto sanitario effettuata dalle organizzazioni di volontariato sono previsti i seguenti controlli distinti per tipologia di attività:

Trasporti Programmati: con l'aggiornamento delle direttive per i trasporti sanitari, deliberazione della G.P. n. 1573 del 04 ottobre 2024, è stato introdotto il riconoscimento dei costi sostenuti per l'attività svolta in sostituzione della tariffa oraria e chilometrica. Con deliberazione della G.P. 1575 del 17 ottobre 2025 è aggiornata la Nota metodologica per la rendicontazione delle spese inerenti al servizio di soccorso e al trasporto sanitario. Con delibera D.G. 133/2025 sono stati definiti per il 2025 gli acconti mensili; ad avvenuta presentazione dei costi sostenuti, verrà effettuato il conguaglio e definito il nuovo importo di acconto per il 2026.

Trasporti Urgenti: Con la delibera della G.P. n. 2369/2022, che modifica la modalità di remunerazione dei trasporti urgenti (da tariffa a rimborso dei costi), si introduce il riconoscimento del rimborso dei costi sostenuti per l'attività svolta con decorrenza dal 1° gennaio 2023. Le spese riconosciute e le modalità di rendicontazione sono previste nella delibera G.P. n. 115/2023 aggiornata con deliberazione della G.P. 1575 del 17 ottobre 2025. Con la rendicontazione dei costi sostenuti per l'attività del 2024 è stato effettuato il conguaglio del 2024 e sono stati definiti i nuovi acconti per l'anno 2025; ad avvenuta presentazione della rendicontazione dei costi sostenuti per l'anno 2025, gli stessi saranno conguagliati nel 2026.

Relativamente ai rapporti con le **Associazioni dei donatori di sangue**, con del. G.P. n. 2213 del 16/12/2021 è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005, n. 219, rep. atti. n. 100/CSR dell'8.7.2021 concernente la definizione dei criteri e dei principi generali per la regolamentazione delle convenzioni tra Regioni, Province autonome e Associazioni e Federazioni di donatori di sangue, approvando lo schema di convenzione e le tariffe da applicare per i rimborsi inerenti le diverse tipologie di donazioni. Nelle more dell'aggiornamento dell'Accordo Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, rep. atti n. 100/CSR dell'8 luglio 2021, le convenzioni sono state prorogate.

Per l'attività di donazione sangue, in regime di convenzione, è previsto il controllo sulla rendicontazione delle diverse tipologie di donazioni, con corrispondenza tra numero donazioni richiesto e numero donazioni presente nella banca dati della Banca del sangue, verificando anche la corretta applicazione della quota di rimborso prevista per tipologia di donazione.

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione

Assistenza farmaceutica

L'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera sono erogate con modalità organizzative e distributive differenti in relazione alla classificazione del farmaco decisa dall'agenzia italiana del farmaco (AIFA).

Pertanto, le farmacie convenzionate pubbliche e private, distribuite sul territorio provinciale con una media di circa 3 sedi/10.000 abitanti, rientrano tra gli erogatori dell'assistenza farmaceutica territoriale che in Trentino è strutturata secondo le seguenti modalità.

Assistenza farmaceutica convenzionata (AFC): è il canale che provvede ad erogare ai cittadini i farmaci di classe A, non inclusi nel prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PH-T). I farmaci sono acquistati direttamente dalle farmacie e successivamente il Servizio sanitario provinciale (SSP) provvede al rimborso.

La distribuzione diretta ricomprende la distribuzione dei farmaci del PH-T in classe A. In tale prontuario, fondamentale strumento di governo dell'assistenza farmaceutica, sono inseriti medicinali innovativi, ad alto costo, che necessitano di diagnosi differenziale e di frequente monitoraggio specialistico.

APSS acquista direttamente i farmaci del PH-T che successivamente sono distribuiti "in nome e per conto di APSS" (DPC) dalle farmacie pubbliche e private del territorio dietro cessione di un compenso concordato dalla PAT.

Dalle UU.OO. di Farmacia degli ospedali di Trento e Rovereto invece sono erogati i farmaci di classe A prescritti a seguito di dimissione da ricovero o di visita specialistica e tutti i farmaci richiesti dalle strutture territoriali di APSS quali RSA, Ser.D, carceri.

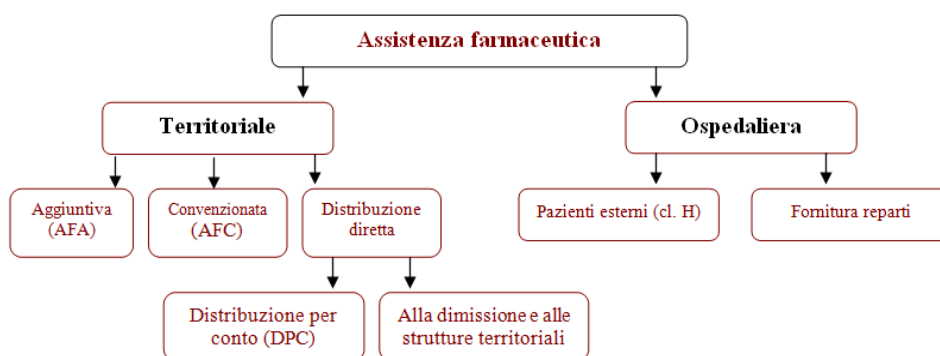
L'erogazione dei farmaci in classe A nei vari canali distributivi è un livello essenziale di assistenza (LEA) e come tale deve essere omogenea e garantita sull'intero territorio nazionale.

L'assistenza farmaceutica aggiuntiva, invece, ricomprende la fornitura di farmaci che non sono inclusi nei LEA ma che ciascun ente territoriale, in base alle risorse disponibili, può decidere di erogare secondo regole stabilite autonomamente.

La fornitura di farmaci sia di classe H per uso domiciliare sia ai reparti ospedalieri di APSS è esclusiva delle UU.OO. di Farmacia degli ospedali di Trento e Rovereto e avviene nell'ambito dell'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Nello schema di seguito riportato sono rappresentate le modalità con cui viene assicurata ai cittadini l'erogazione dell'assistenza farmaceutica.

Modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica

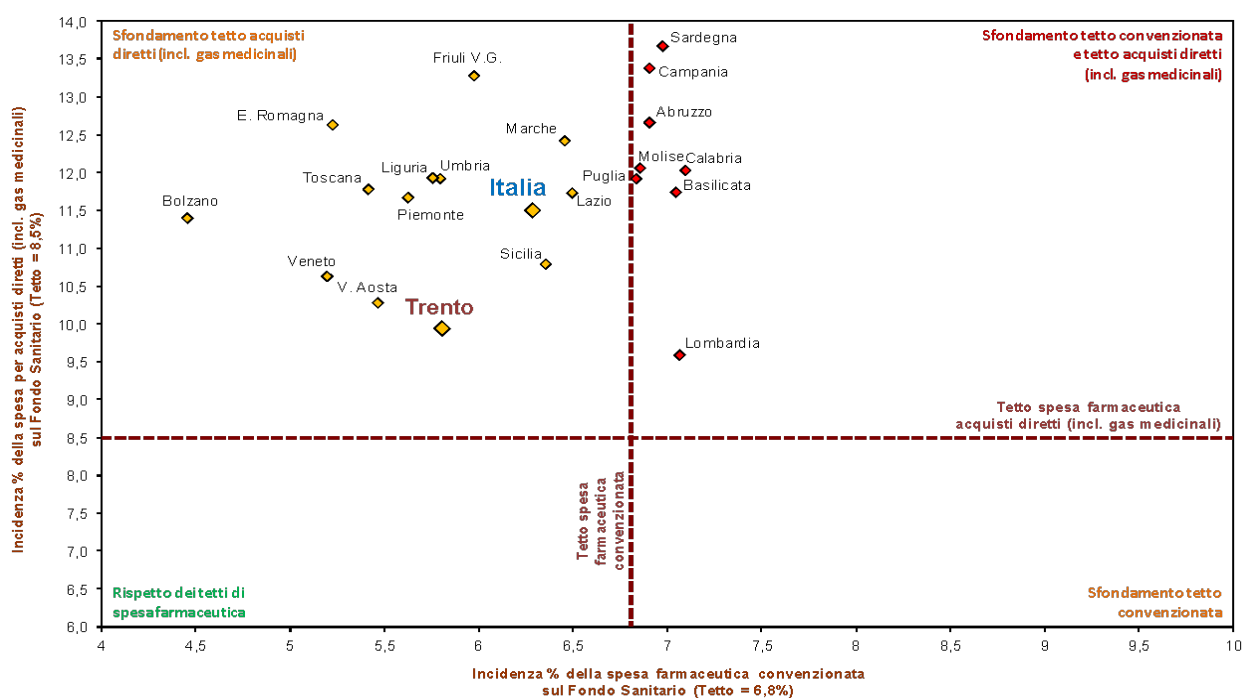


La Legge n. 213 del 30 dicembre 2023 “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2024 e bilancio pluriennale per il triennio 2024-2026” e s.m.i. ha stabilito che il tetto della spesa farmaceutica per “acquisti diretti” – comprendente la spesa delle strutture ospedaliere, la spesa per farmaci in distribuzione diretta dall'ospedale e in distribuzione per conto (DPC) – è pari al 8,3% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Il tetto della spesa farmaceutica “convenzionata” – comprendente i farmaci acquistati dalle farmacie territoriali convenzionate e poi rimborsate dal SSP – ha come valore limite il 6,8% del FSN, mentre il tetto di spesa per l'acquisto di gas medicinali è pari allo 0,20% del FSN.

Nel 2024 il valore del finanziamento pubblico per la spesa farmaceutica corrisponde quindi al 15,30% del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per un valore complessivo di circa 20,4 miliardi € per le Regioni e P.A.

Il grafico sotto riportato evidenzia la posizione di tutte le regioni rispetto ai tetti di spesa prefissati: nel 2024 la P.A. di Trento ha assorbito il 5,80% del tetto della spesa farmaceutica convenzionata con un avanzo di 11,9 milioni €, mentre ha sfiorato del +1,6% (+18,9milioni €) quello degli acquisti diretti (gas medicinali esclusi), sfioramento avvenuto anche per tutte le altre regioni italiane. Il tetto di spesa per l'acquisto di gas medicinali è stato rispettato (0,05%) con un avanzo di +1,8 milioni €.

Posizione delle diverse Regioni/PPAA rispetto ai tetti di spesa assegnati per la farmaceutica convenzionata e gli acquisti diretti al netto dei gas medicinali (Anno 2024)



Fonte: AIFA – Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Dicembre 2024 (Consuntivo)

In termini di spesa farmaceutica complessiva la P.A. di Trento ha realizzato la migliore performance a livello nazionale, con il minor sfioramento (+0,44%) rispetto al tetto

complessivo del 15,30% ed un valore di spesa eccedente pari a 5,2 milioni €.

I determinanti della spesa farmaceutica sono diversi tra loro e dipendono dalle politiche del farmaco adottate sia a livello nazionale sia a livello locale.

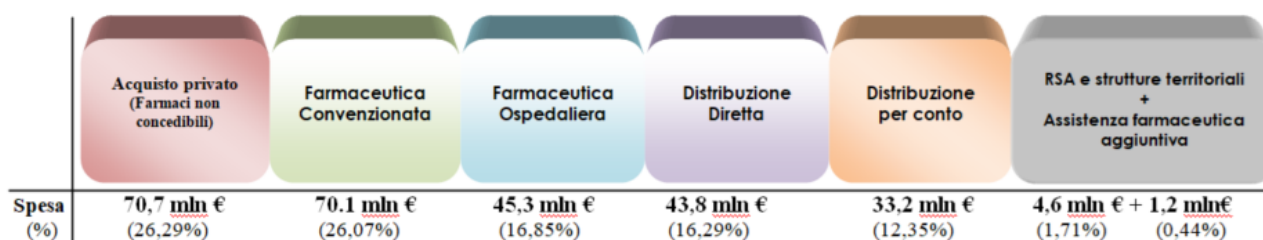
Al primo appartengono tutti i provvedimenti che disciplinano la prescrizione e la vendita dei farmaci. Tra questi basti ricordare l'introduzione di note limitative della prescrizione o l'autorizzazione alla vendita di farmaci ad elevato valore terapeutico e alto costo o a brevetto scaduto quali biosimilari o equivalenti che hanno invece un basso costo.

Tra i provvedimenti a carattere locale, invece, si segnalano:

- la continua formazione e informazione degli operatori sanitari mediante l'adozione di una reportistica avanzata per i medici di medicina generale che consente di analizzare e confrontare in una cornice unica le prescrizioni di farmaci, di prestazioni specialistiche e di ricoveri e la possibilità di consultare gratuitamente fonti di informazione sui farmaci autorevoli e indipendenti;
- la dematerializzazione della prescrizione farmaceutica (la PAT è stata la prima tra le regioni a raggiungere questo traguardo) che consente un controllo tecnico-farmaceutico e contabile più efficace sull'assistenza farmaceutica;
- l'adozione di template aziendali per la prescrizione di farmaci che richiedono un piano terapeutico, che ha facilitato la rilevazione immediata di tutti i requisiti validanti la concedibilità del SSN, così come definiti dalle direttive di AIFA e della PAT;
- l'acquisto dei medicinali per la distribuzione diretta mediante gara pubblica che, al sopraggiungere delle scadenze brevettuali, ha permesso di sfruttare massimamente la concorrenza tra prodotti terapeuticamente equivalenti e di erogare prevalentemente il prodotto aggiudicatario (ossia quello a minor costo);
- il rinnovo dell'accordo per la distribuzione per conto, che ha comportato una riduzione del compenso per la filiera distributiva, anche alla luce del notevole aumento del numero di confezione distribuite;
- l'aggiornamento del regolamento sull'informazione medico scientifica che prevede lo svolgimento dell'attività di informazione medico scientifica presso gli operatori di APSS, previa esibizione di un tesserino rilasciato dopo accreditamento presso il Servizio politiche del farmaco e assistenza farmaceutica e l'obbligo per le aziende di comunicare il numero di visite effettuate annualmente da ogni dipendente.

Composizione della spesa farmaceutica in Trentino (anno 2024)

In Trentino nel 2024 la spesa per l'assistenza farmaceutica ha raggiunto un valore totale di circa 269 milioni di euro (+6% rispetto al 2023) e come da grafico sottostante la componente pubblica (SSP), articolata in ospedaliera e territoriale, ha coperto tre quarti della spesa totale, lasciando a carico del cittadino solo la parte privata rappresentata dai farmaci acquistabili con ricetta bianca (Classe C) o senza.



Per quanto riguarda le Residenze sanitarie assistenziali (RSA), le forniture di dispositivi medici e farmaci avvengono nell'ambito di appositi prontuari e dal 2015 è stato istituito un Tavolo di lavoro multiprofessionale sulle terapie farmacologiche che fornisce raccomandazioni volte a qualificare l'assistenza farmaceutica ai residenti, la cui applicazione è monitorata mediante specifici indicatori congiuntamente al rispetto del budget di spesa assegnato.

Nel settore dell'assistenza farmaceutica ospedaliera si segnalano, come strumenti di governo il Prontuario terapeutico ospedaliero, un elenco dei medicinali utilizzabili in regime di ricovero periodicamente aggiornato da un'apposita commissione nonché i registri di monitoraggio *web based* che assicurano l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci innovativi ad alto costo.

Inoltre, la policy aziendale in materia di farmaci sostiene attivamente l'utilizzo di medicinali biosimilari nelle strutture ospedaliere, in modo da ridurre i costi dei farmaci biologici, lasciando inalterati i livelli di assistenza.

Per approfondimenti, ogni anno è reso disponibile nella sezione Documenti del Servizio politiche del farmaco e assistenza farmaceutica il rapporto su "L'uso dei farmaci in Trentino".

Dispositivi e introduzione di nuove tecnologie

Il concetto di dispositivo medico è ampio e comprende le attrezzature sanitarie, i farmaci, i sistemi diagnostici, le procedure mediche e chirurgiche, i percorsi assistenziali e gli assetti strutturali, organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria. Le tecnologie sanitarie comprendono, quindi, tutte le applicazioni pratiche della conoscenza che vengono utilizzate per promuovere la salute e prevenire, diagnosticare e curare le malattie.

La valutazione delle tecnologie sanitarie consiste nella complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare (descrizione, esame e giudizio) delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione.

L'applicazione del modello di valutazione HTA per l'introduzione di farmaci e dispositivi medici nelle strutture aziendali rappresenta un buon strumento per la prevenzione e la gestione del rischio di corruzione.

L'Azienda ha sviluppato proprie attività di valutazione multidisciplinare, secondo i criteri dell'HTA, sulle tecnologie sanitarie esistenti e di nuova introduzione (per esempio, dispositivi per chirurgia laparoscopica e mini-invasiva).

Negli anni, il processo di gestione delle tecnologie si è consolidato, con particolare attenzione: all'individuazione, manutenzione e sostituzione delle tecnologie obsolete, all'integrazione degli aspetti assistenziali con quelli tecnico-amministrativi e organizzativo-gestionali, al coordinamento tra le attività svolte nelle sedi centrali e periferiche, alla

razionalizzazione delle fasi di acquisizione (anche adottando modalità di noleggio, service, ecc.) e gestione delle attrezzature.

L'acquisto di nuovi dispositivi medici (DM) ed il loro utilizzo presso le strutture dell'APSS è vincolato all'inserimento di tali dispositivi nel Repertorio dei dispositivi medici (RDM), che rappresenta l'insieme dei prodotti presenti nella specifica anagrafe aziendale. Detto Repertorio è in uso dal 1998 quale strumento finalizzato a razionalizzare le scelte sulla base della rilevanza clinica e consolidare prassi assistenziali efficaci ed efficienti. Con deliberazione del Direttore Generale n. 437/2003 è stato istituito il Gruppo Dispositivi medici – GDM, gruppo tecnico multidisciplinare che ha lo scopo di valutare, secondo la metodologia HTA, le proposte di inserimento di nuovi Dispositivi medici nel Repertorio aziendale. Con deliberazione n. 401/2013 è stata istituita la Commissione per il Repertorio dei dispositivi medici (CRDM) dell'APSS, organismo tecnico a composizione multiprofessionale che ha lo scopo di esaminare e valutare le proposte di inserimento di nuovi dispositivi medici nel Repertorio aziendale. La Commissione per il Repertorio dei Dispositivi Medici è stata da ultimo aggiornata con deliberazione n. 222/2023. L'acquisto di nuovi farmaci ed il loro utilizzo presso le strutture dell'APSS è vincolato all'inserimento di tali farmaci nel Prontuario terapeutico ospedaliero (PTO), adottato fin dal 1997 quale strumento finalizzato a razionalizzare le scelte terapeutiche sulla base della rilevanza clinica dei farmaci, consolidare prassi assistenziali efficaci e guidare i clinici in percorsi diagnostico-terapeutici specifici anche considerando gli aspetti correlati alla "continuità ospedale-territorio". La valutazione, secondo i principi HTA, è demandata alla Commissione per il Prontuario terapeutico ospedaliero (CPTO). Detta commissione è multidisciplinare in modo da garantire, secondo i principi dell'HTA, una valutazione dei nuovi farmaci (e una rivalutazione di quelli già in uso) di tipo multidimensionale.

L'HTA è utilizzato anche nell'ambito dell'introduzione di tecnologie informatiche, apparecchiature elettromedicali e modelli organizzativi.

Ricerche sanitarie e sperimentazioni cliniche

Con delibera del direttore generale n. 7 del 9 gennaio 2009 sono state approvate le disposizioni per l'effettuazione di sperimentazioni cliniche e ricerche sanitarie con l'obiettivo di:

- Uniformare le procedure da seguire nell'attività di "ricerca sanitaria" che coinvolgono soggetti ricoverati o che accedono a strutture dell'Azienda, ovvero agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta convenzionati.
- Garantire l'insieme dei requisiti in materia di qualità in campo etico e scientifico, riconosciuti a livello internazionale, che devono essere osservati ai fini del disegno, della conduzione, della registrazione e della comunicazione degli esiti della sperimentazione clinica con la partecipazione di esseri umani per raggiungere standard di buona pratica clinica. Il rispetto della buona pratica clinica garantisce la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti e assicura la credibilità dei dati concernenti la sperimentazione clinica stessa.

Tutte le fasi della sperimentazione clinica, inclusi gli studi di biodisponibilità e bioequivalenza, devono essere progettate, condotte e i loro esiti resi noti secondo i principi della buona pratica clinica. (art. 1 comma 4 D.L. vo 211/03).

- Valutare la congruità dell'onere economico conseguente alla conduzione della sperimentazione, della sua attribuzione e dei compensi e loro ripartizione.
- Definire l'attività di monitoraggio delle sperimentazioni cliniche e le modalità di acquisizione dei risultati finali.

- Definire le modalità operative per la conduzione di ricerche indipendenti, finalizzate al miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria, in applicazione a quanto previsto dal D.M.30 novembre 2021 "Misure volte a facilitare e sostenere la realizzazione degli studi clinici di medicinali senza scopo di lucro e degli studi osservazionali e a disciplinare la cessione di dati e risultati di sperimentazioni senza scopo di lucro a fini registrativi, ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera c), del decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52".

Ai fini del suddetto regolamento, si definisce "ricerca sanitaria" l'attività di ricerca che coinvolge soggetti ricoverati o che accedono a strutture del Servizio Sanitario Provinciale, ovvero agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta convenzionati, oppure che prevede la raccolta di dati relativi a tali soggetti; non rientrano nell'ambito di applicazione le raccolte di dati retrospettive o prospettiche proposte da gruppi di sanitari nell'ambito dell'attività di miglioramento della qualità assistenziale, senza intervento di sponsor esterni all'Azienda Sanitaria.

L'attività di ricerca comprende: Sperimentazioni cliniche, Studi osservazionali (non interventistici), Studi di epidemiologia descrittiva, "Outcome research", Ricerche valutative, Ricerche transazionali, Rapporti di Health Technology Assessment (HTA).

Tutti gli studi condotti nell'ambito dell'APSS devono essere preventivamente valutati da un comitato etico territoriale e/o dal Comitato etico territoriale della Provincia autonoma di Trento "prima del loro avvio", nonché approvati con atto autorizzativo aziendale. Le attuali disposizioni per l'effettuazione di sperimentazioni cliniche e ricerche sanitarie devono essere riviste al fine di definire il percorso autorizzativo e le modalità del monitoraggio per gli studi non di competenza del Comitato etico territoriale della Provincia autonoma di Trento.

Il Comitato etico territoriale della Provincia autonoma di Trento per le sperimentazioni cliniche è stato istituito con deliberazione della Giunta provinciale n. 1998 del 20 ottobre 2023 recante: "Istituzione del comitato etico territoriale della Provincia autonoma di Trento per le sperimentazioni cliniche di cui alla legge 11 gennaio 2018, n. 3", ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 30 gennaio 2023 "Definizione dei criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici territoriali", che prevede uno specifico articolo (art. 4) dedicato all'indipendenza e al conflitto di interessi.

Attualmente, quale Presidente del Comitato etico territoriale della Provincia autonoma di Trento per le sperimentazioni cliniche, è stato designato un componente non dipendente da APSS, eletto dai componenti aventi diritto di voto.

I componenti del Comitato etico e della segreteria rilasciano annualmente una dichiarazione di assenza di cointeressenze di tipo economico-finanziario con le aziende che producono farmaci, dispositivi medici ed altre tecnologie sanitarie.

Inoltre, i componenti sono tenuti ad astenersi dalla valutazione di quegli studi per i quali possa sussistere un conflitto di interessi, diretto o indiretto, anche di tipo non necessariamente economico, come ad esempio il coinvolgimento nella progettazione, conduzione e direzione dello studio.

L'attività di ricerca da parte del personale medico avviene in orario di servizio e non è previsto alcun tipo di retribuzione per tale attività. I compensi corrisposti dai promotori vengono versati all'APSS e destinati, secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale, all'alimentazione del fondo dell'U.O./ Servizio che svolge lo studio, del fondo del Servizio politiche del farmaco e assistenza farmaceutica e della Direzione medica dell'Ospedale interessato e del fondo destinato alla ricerca sanitaria indipendente.

L'utilizzo dei rispettivi fondi da parte delle UU.OO./Servizi avviene, nel rispetto del

Regolamento aziendale, per la partecipazione ad attività di formazione, l'acquisto di supporti bibliografici e di attrezzature, l'organizzazione di incontri scientifici, congressi, ecc., l'iscrizione a società scientifiche, l'istituzione di borse di studio, il finanziamento di ricerche indipendenti, promosse dalle stesse UU.OO./Servizi.

Anche gli sperimentatori che intendono condurre una ricerca sono tenuti a presentare una dichiarazione sull'insussistenza di conflitti di interessi.

Il Comitato etico rende pubblico il calendario delle riunioni che dal 2020 si sono svolte prevalentemente in modalità telematica.

Fondo unico aziendale

Al fine di garantire il rispetto dei criteri di trasparenza, efficacia ed efficienza, con Delibera del D.G. n. 50 del 2014 è stato approvato il **Regolamento che disciplina la costituzione e la gestione del Fondo unico aziendale per il miglioramento della qualità dei servizi e di gestione delle sponsorizzazioni, donazioni, legati ed eredità**. Il Fondo unico aziendale consente all'APSS di gestire in modo trasparente le risorse derivanti da donazioni, sponsorizzazioni, eredità e altre forme di finanziamento.

Le risorse raccolte attraverso il Fondo sono destinate a finanziare eventi formativi e progetti di particolare importanza, nonché ad acquisire beni e servizi di interesse aziendale. È previsto che i fondi siano utilizzati tenendo conto delle indicazioni e dei suggerimenti che i benefattori e gli sponsor avranno formulato, rendendo così trasparente la loro relazione con l'APSS.

Le donazioni di beni mobili, tecnologie e attrezzature sanitarie devono essere coerenti con la programmazione degli acquisti e devono essere valutate, anche ai fini dei costi indotti, dal direttore del Dipartimento Infrastrutture, Dipartimento tecnologie, Dipartimento approvvigionamenti e logistica a seconda della competenza.

Con riferimento alla **partecipazione dei professionisti ai gruppi tecnici di predisposizione dei capitolati e alle commissioni di gara**, l'APSS ha elaborato dei modelli di dichiarazione per rendere trasparenti eventuali rapporti di sponsorizzazione/collaborazione/incarichi, responsabilità scientifica in progetti finanziati da ditte esterne, diritti aventi natura patrimoniale o di sfruttamento economico tra il componente incaricato e le ditte che potrebbero partecipare/partecipano alla gara. La valutazione del conflitto di interessi è di competenza del RUP.

Per tutta la durata dei lavori (gruppo tecnico o commissione) il professionista ha l'obbligo di riservatezza e segretezza e non può avere rapporti diretti con i rappresentanti delle ditte interessate alla gara.

Nei confronti dei professionisti impegnati in commissioni e gruppi tecnici, l'APSS favorisce l'utilizzo dei fondi aziendali per la formazione, in quanto è previsto che:

- il professionista che fa parte di una commissione di gara si impegna a non partecipare, nel corso di svolgimento dell'incarico, a eventi formativi (congressi, convegni, seminari, ecc.) con spese sponsorizzate da imprese partecipanti alla gara e, **nei sei mesi successivi alla conclusione dei lavori**, a eventi con spese sponsorizzate da parte della ditta aggiudicataria;
- il professionista che fa parte di un gruppo di predisposizione del capitolato si impegna a non partecipare nel corso di svolgimento dell'incarico a corsi di formazione, convegni, ecc. con spese sponsorizzate da aziende che potrebbero avere interesse a partecipare alla gara o indicate come unico fornitore (acquisti in esclusiva/infungibili) o come soggetti da invitare a procedura negoziata.

Attività conseguenti al decesso ospedaliero

I servizi funebri rappresentano, in generale, una delle aree a rischio anche in considerazione dei numerosi casi di corruzione nazionali che hanno coinvolto dipendenti di aziende sanitarie e ditte esterne. Per queste motivazioni l'area è stata oggetto di analisi e l'approfondimento ha permesso di omogeneizzare la procedura prevedendo l'affissione, nei locali degli obitori, dell'elenco di tutte le ditte operanti nel settore aventi sede sul territorio provinciale, dal quale eventualmente i congiunti possono scegliere, senza interferenze da parte del personale. I dipendenti sono informati del divieto di segnalare ditte esterne e di procacciare affari per conto di imprese esterne. Inoltre, ai congiunti viene consegnata una brochure con le informazioni in merito alla procedura interna da seguire. Nel registro dei decessi presente presso le camere mortuarie è indicata l'impresa funebre che ha preso in carico la salma.

2.3.12 Ulteriori controlli rispetto al sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza

L'APSS ha sempre posto particolare attenzione alla predisposizione di meccanismi di controllo interno dei processi al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali nel rispetto della legalità, dell'efficienza e dell'efficacia delle attività.

L'articolo 31 del regolamento di organizzazione APSS indica le figure e le responsabilità correlate al **sistema dei controlli interni**.

Il controllo strategico è affidato al Consiglio di direzione tramite il riesame periodico dei principali processi e progetti aziendali, condotto collegialmente in sede di Comitato direttivo.

Il Servizio programmazione e controllo di gestione, quale struttura di staff al Consiglio di Direzione, collabora per la definizione dei programmi di attività ed alla ripartizione delle risorse necessarie per il perseguimento degli obiettivi. Attraverso il processo di budget, rende disponibili i dati e le informazioni necessari alle articolazioni organizzative aziendali per una gestione consapevole dell'area di rispettiva responsabilità e costituisce lo strumento di verifica degli scostamenti in rapporto agli obiettivi assegnati, anche ai fini dell'adozione di misure correttive.

In tema di controllo interno, la funzione viene assicurata oltre che dall'RPCT, come già descritto al paragrafo 2.3.6, anche dal Servizio di internal Audit e Gestione fiscale, entrambi afferenti al Dipartimento affari economico finanziari, generali e amministrativi. Si è realizzato così un sistema di controllo integrato e generalizzato di secondo livello per i processi tecnico-amministrativi e di impatto sui rischi di corruzione, conflitto di interessi, riciclaggio e frode. Mentre l'attività del RPCT è focalizzata sul fenomeno della corruzione, il Servizio di internal Audit e Gestione fiscale opera nella più ampia finalità non solo di verificare il rispetto di leggi e regolamenti, ma anche di contribuire al miglioramento di efficacia ed efficienza dei processi aziendali.

Per evitare sovrapposizioni nei processi di controllo fra RPCT e SIAGF sono state definite le aree di competenza specifica dei due soggetti e sono state impostate pianificazioni di lavoro coordinate.

Il Servizio internal audit e gestione fiscale:

- individua i processi, in particolare quelli amministrativi, ritenuti potenzialmente critici, al fine di verificarne la conformità/non conformità ai meccanismi operativi, individuando le aree di miglioramento, determinare l'adeguatezza e l'efficacia delle azioni correttive intraprese a seguito di un rilievo;

- monitora, ai fini del controllo interno, i processi di acquisizione e gestione di lavori, forniture e servizi, nonché di relativa esecuzione, finanziati con fondi europei e statali;
- assicura il controllo sul c.d. "ciclo passivo" (controllo di terzo livello);
- garantisce coordinamento e raccordo operativo di supporto interno aziendale ai responsabili di progetto per il controllo e la rendicontazione delle linee di spesa finanziate con fondi di particolare rilevanza strategica (es. PNRR);
- assicura la funzione di supporto istituzionale per la proposta di strategie comuni e di buone pratiche relative alle funzioni di controllo interno.
- assicura, infine, le attività di mitigazione del rischio riciclaggio con riferimento al supporto operativo verso i RUP PNRR (e loro referenti) e nel controllo, a campione, sulle attestazioni rese in materia di conflitto di interessi del titolare effettivo. Con la deliberazione del direttore generale n. 264/2022 è stato attribuito al dott. Massimo Caputo il ruolo di gestore per le segnalazioni sospette di ipotesi di riciclaggio, di cui al Provvedimento di data 23 aprile 2018. Il gestore raccoglie e valuta le segnalazioni di operazioni sospette ed eventualmente le trasmette all'Unità di Informazione Finanziaria della Banca d'Italia, come previsto dalla procedura aziendale e dalla normativa nazionale in materia di antiriciclaggio.

Controlli in materia di progetti finanziati dal PNRR

In materia di controllo, monitoraggio e rendicontazione delle linee di spesa finanziate con progetti PNRR, il CIS (Contratto Istituzionale di Sviluppo), tra il soggetto attuatore Provincia Autonoma di Trento ed il soggetto attuatore delegato APSS, disciplina la sfera di competenza e di responsabilità nell'attuazione degli interventi ammissibili a valere sui fondi comunitari.

Le direttive provinciali hanno in particolare individuato i RUP competenti per la rendicontazione nella piattaforma ministeriale "ReGis".

Fermo restando, quindi, la competenza dei RUP PNRR, il Servizio di Internal audit e Gestione fiscale con profilazione di "visualizzazione" in ReGis opera controlli concomitanti e successivi di tipo amministrativo contabile per verificare la compilazione e il popolamento dei dati e documenti necessari per la rendicontazione alle funzioni di controllo provinciali, ministeriali e comunitarie.

In materia di controlli anticorruzione e conflitto di interesse sul PNRR, in una logica di unitarietà dell'attività in capo al Dipartimento Affari Economico-Finanziari, Generali e Amministrativi, il Servizio Affari Generali ed il Servizio di Internal audit e gestione fiscale provvedono ad una verifica congiunta dei criteri e metodi di controllo, nonché degli **strumenti** a disposizione per le verifiche campionarie, condividendoli con i RUP competenti.

In particolare, l'assetto organizzativo ed il presidio aziendale delle linee di spesa PNRR avviene a diversi livelli, rispettivamente:

- attraverso la **Cabina di Regia Strategica PNRR**, attivata con nota del Direttore Generale rep. int. n. 16459 di data 27/09/2022, con il compito di sviluppare e sostenere scelte operative e organizzative finalizzate a dare la piena e consapevole attuazione alle linee di intervento previste dalla Missione 6 del PNRR, di cui APSS è "Soggetto attuatore delegato esterno" per la Provincia Autonoma di Trento (Soggetto attuatore);
- per mezzo della **Cabina di Regia Operativa PNRR**, costituita con nota del Direttore

Amministrativo rep int. n. 7681 del 28/03/2025, come da ultimo aggiornata con nota rep. int. n. 27768 di data 06/11/2025. La Cabina di regia Operativa, coadiuvata dal Dirigente del Servizio di Internal audit e gestione fiscale, ha il compito di supportare le attività di compilazione, aggiornamento e rendicontazione sulla piattaforma ministeriale ReGiS, con finalità che includono la condivisione di pratiche comuni ed il supporto operativo ai RUP.

Allo scopo di razionalizzare e semplificare l'azione amministrativa, con Deliberazione del Direttore Generale nr. 830 del 11/12/2025, si è provveduto a riepilogare in un documento unico un **“Vademecum” operativo**, con l'obiettivo di fornire una guida chiara e completa **per i RUP PNRR** dell'Azienda e per i loro referenti, nonché per tutti gli attori coinvolti nella realizzazione degli interventi PNRR nelle fasi di monitoraggio, di controllo e di rendicontazione.

Più in generale, il sistema di controllo interno durante l'anno 2025, ha strutturato un approccio integrato tra le funzioni di internal audit e quelle di anticorruzione e trasparenza.

Criteri e metodi di integrazione sono stati definiti in un documento di sintesi a metà dell'esercizio 2025 ed ha consentito lo sviluppo di una soluzione efficace in relazione alle peculiarità delle funzioni di controllo legate al PNRR, trovando conferma anche nelle visioni di Transparency international oltre che di vari soggetti (istituzionali e non) coinvolti da questa organizzazione.

Le attività svolte dai due Servizi assicurano un costante e periodico coordinamento e di reciproca informazione e rendicontazione, per gli aspetti di rispettiva competenza definiti dal Regolamento di Organizzazione e dalla normativa in materia di anticorruzione e di antiriciclaggio. Pertanto, anche i controlli per le finalità di prevenzione della corruzione e conflitto di interesse, da attuare in via preventiva e concomitante a cura del RUP, in relazione alle fasi di gara ad evidenza pubblica, sono utilmente condivisi per le parti di competenza dalla funzione del RPCT con quelle di Internal audit.

Nella seguente tabella sono rappresentati in modo sintetico i diversi tipi di controllo attivati all'interno dell'APSS distinti tra meccanismi obbligatori e volontari e controlli interni ed esterni.

CONTROLLI OBBLIGATORI	
INTERNI	Attività
Consiglio di direzione in sede di Comitato direttivo	controllo strategico tramite il riesame periodico dei principali processi e progetti aziendali, condotto collegialmente in sede di Comitato direttivo.
Collegio sindacale	controllo di regolarità amministrativa e contabile (di tipo ispettivo) secondo quanto previsto dal Codice Civile e dalla L.P. 16/2010.
Nucleo di Valutazione e Collegio tecnico	valutazione della dirigenza
Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	controllo di gestione ordinario
Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	anticorruzione e trasparenza

Servizio Audit interno e gestione fiscale	controlli mirati alla correttezza gestionale e al miglioramento dell'azione amministrativa
Soggetto gestore per le segnalazioni sospette di ipotesi di riciclaggio	antiriciclaggio
Agenti contabili	controlli resa del conto
ESTERNI	Attività
Provincia Autonoma di Trento	controllo obiettivi generali e specifici PAT
Provincia Autonoma di Trento	autorizzazione e accreditamento PAT
Corte dei Conti	controllo sulla gestione finanziaria
Cittadini e associazione di rappresentanza dei cittadini	accesso civico
Accredia	Accreditamento Laboratori Medici
Accredia	Laboratorio di Igiene e Sanità Pubblica
EFI (European Federation for Immunogenetics)	accreditamento del laboratorio di tipizzazione tissutale HLA dei donatori (U.O. O immunoematologia e trasfusione)
JACIE (Joint Accreditation Committee of ISCT e EBMT)	accreditamento, secondo gli standard internazionali Jacie, del Centro nazionale trapianti (Cnt) e Centro nazionale sangue (Cns)
CONDIVISI	Attività
Cittadini e associazione di rappresentanza dei cittadini	circolo virtuoso delle segnalazioni
Commissione mista conciliativa	valutazione della qualità dei servizi sanitari offerti dall'Azienda dal punto di vista dell'utente

CONTROLLI VOLONTARI	
INTERNI	Attività
Dirigenti	autocontrollo - Control risk self assessment
Servizio di internal audit e gestione fiscale	ciclo amministrativo contabile e PNRR
Professionisti sanitari	audit clinico
PMO	Controllo di gestione progettuale

ESTERNI	Attività
Enti vari	ISO (Politica aziendale per la salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, ...)
Società esterna di revisione	Revisione di bilancio
Joint Commission International, BFI (Iniziativa Baby Friendly), ...	Accreditamenti professionali
CONDIVISI	Attività
Cittadinanza Attiva	Audit civico

La gestione dei rischi e il sistema dei controlli in APSS

Il **controllo** include qualsiasi azione intrapresa per migliorare la gestione del **rischio** e per accrescere le possibilità di conseguire gli **obiettivi** stabiliti con efficienza ed economicità.

L'APSS si è sempre adoperata nel favorire la diffusione della cultura dell'autocontrollo, intesa come capacità di ogni Struttura/Servizio di individuare i fattori di maggior rischio e i "presidi" necessari per la loro eliminazione o riduzione. Questo perché chi opera all'interno del processo conosce in maniera più approfondita le diverse attività e pertanto è in grado di meglio identificare, anticipare e prevedere dinamicamente le esposizioni di rischio.

Per tali motivi i Direttori di Servizio/UU.OO. hanno la responsabilità primaria sulla gestione dei rischi (compreso quello di corruzione) associati ai loro processi e attività e sull'efficacia delle misure di contenimento.

Le certificazioni

L'APSS ha ottenuto le seguenti certificazioni da parte di Società esterne che valutano i processi e le procedure adottate dall'Azienda e che possono essere considerati strumenti ulteriori per assicurare l'efficienza nella gestione dei processi anche ai fini della prevenzione della corruzione:

- accreditamento Joint Commission International dell'Ospedale S. Chiara di Trento compresi l'U.O. Protonterapia e il Centro multidisciplinare Day Surgery e chirurgia ambulatoriale di Villa Igea;
- certificazione ISO 45001:2018 del Sistema di gestione della sicurezza aziendale dei lavoratori;
- processo di revisione del bilancio di esercizio da parte di società di revisione (bilancio APSS risulta certificato dall'anno 2005);
- certificazione di qualità ISO 9001:2015 del Servizio Prevenzione e Protezione e della struttura del Medico Competente;
- accreditamento istituzionale dei laboratori medici di APSS (ISO 15189) con Accredia;
- certificazione di qualità UNI CEI EN ISO/IEC 17025 Laboratorio di Sanità Pubblica con Accredia;

- accreditamento European Federation for Immunogenetics (EFI) del Laboratorio di Tipizzazione Tissutale HLA;
- accreditamento JACIE della struttura semplice di Ematologia dell'Ospedale S. Chiara;
- accreditamento Baby Friendly Initiatives (BFI) delle strutture ospedaliere con punto nascita e delle strutture sociosanitarie territoriali;
- certificazione del PDTA per i tumori della vescica secondo il disciplinare di Bureau Veritas;
- accreditamento istituzionale del Centro per la PMA di Arco;
- accreditamento istituzionale della Rete Trasfusionale;
- accreditamento professionale dell'U.O.M. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale S. Chiara di Trento e dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto da parte della Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED).

Linee guida, regolamenti e procedure

L'APSS ha adottato diversi documenti aziendali quali regolamenti, disciplinari, linee guida e manuali (molti disponibili in intranet/internet) all'interno dei quali sono definite misure e presidi atti anche alla prevenzione della corruzione.

I responsabili competenti e i dipendenti sono tenuti al rispetto e alla corretta applicazione di questi documenti aziendali poiché rappresentano un tassello fondamentale per l'efficienza, il miglioramento e anche per la prevenzione della corruzione:

- i Regolamenti contabili aziendali approvati con delibera G.P. 208/2019 e adottati con delibera DG 618/2018;
- il Regolamento di contabilità di magazzino;
- il Regolamento del servizio di cassa economale e del servizio di cassa;
- il Regolamento per le procedure di incasso e di pagamento e per lo svolgimento dei servizi dell'Istituto Tesoriere;
- Regolamento per la gestione dei programmi di spesa legati ai fabbisogni di risorse economiche;
- il Regolamento delle immobilizzazioni, adottato con delibera D.G. n. 491/2015 e approvato con delibera G.P. n. 2514/2015, integrato con deliberazione D.G. n. 606/2016;
- le Direttive per la tenuta della contabilità economico-patrimoniale (delibera G.P. n. 1078 dd. 29.06.2015 e ss.mm.);
- il Disciplinare in materia di affidamenti diretti di forniture, servizi e lavori approvato con delibera D.G. n. 394 di data 12/06/2025;
- Disposizioni organizzative in materia di procedure di gara per acquisizione di beni e servizi di valore superiore alla soglia definita dall'Unione Europea (Del. DG. 187/2020);
- il Regolamento aziendale per il procedimento disciplinare;
- il Codice di comportamento aziendale (Del. D.G. n. 494/2014);

- il Disciplinare di concessione dell'anticipazione del TFR;
- il Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'APSS ed anagrafe degli incarichi (Del. D.G. n. 171/2019);
- il Regolamento per la disciplina in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità ex L. 43/2006 ai sensi dell'articolo 3-quater del Decreto Legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito dalla Legge 19 novembre 2021, n. 165, come modificato dall'articolo 13 del Decreto Legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito dalla Legge 26 maggio 2023, n. 56 (Del. D.G. n. 713/2023);
- l'applicazione del modello di valutazione HTA (Health Technology Assessment) per l'introduzione di farmaci e dispositivi medici nelle strutture aziendali (del. D.G. 401/2013);
- regolamento di funzionamento della Commissione per il Prontuario terapeutico ospedaliero di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 401/2013 (delibera DG n. 42/2025);
- il Prontuario farmaceutico ospedaliero e le modalità per l'introduzione di nuovi farmaci;
- il Repertorio aziendale dei Dispositivi Medici (DM) e la procedura per l'introduzione di nuovi DM;
- Regolamento di utilizzo della divisa di servizio dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento (delibera DG n. 612/2024);
- l'Atto aziendale in materia di libera professione intramuraria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario e degli specialisti convenzionati interni (Delibera del D.G. 651/2019);
- le Linee guida aziendali della libera professione intramuraria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario e degli specialisti convenzionati interni (aggiornate con Del. D.G. 608/2013);
- la Carta dei Servizi;
- il Regolamento dei rappresentanti delle ditte di farmaci e informatori scientifici (delibera D.G. 127/2016) e applicazione delle misure di vigilanza previste da apposito regolamento, direttiva G.P. n. 1713 del 2015 (Direttive per l'informazione scientifica sul farmaco nell'ambito del SSP);
- le Direttive per l'accesso dei rappresentanti delle ditte di dispositivi medici e per la cessione dei campioni gratuiti (delibera D.G. 124 del 13.03.2018);
- Il Regolamento per l'accesso alle strutture dell'APSS dei fornitori di dispositivi medici su misura di tipo ortopedico a favore di utenti degenti o in regime ambulatoriale (delibera D.G. 420/2018);
- la procedura per la regolamentazione degli accessi di professionisti esterni (professionisti sanitari sia dipendenti di altre strutture aziendali sanitarie pubbliche o private, che libero professionisti) alle strutture dell'APSS (rep. 23658 di data 30.12.2020);
- il Regolamento per la costituzione e la gestione del Fondo unico aziendale per il miglioramento della qualità dei servizi e di gestione delle sponsorizzazioni donazioni, legati ed eredità (delibera D.G. 50/2014 e ss.mm.);

- le disposizioni per l'effettuazioni di sperimentazioni cliniche e ricerche sanitarie (delibera D.G. n. 7/2009);
- il Regolamento di funzionamento del Comitato etico per le sperimentazioni cliniche;
- il Manuale di gestione degli archivi;
- la Tabella di ricognizione dei procedimenti amministrativi (Delibera DG n. 53/2024);
- i Regolamenti concernenti l'accesso all'impiego: delibera DG 351/2010 per il personale amministrativo, professionale e tecnico (modificato con delibera DG n. 229/2022);
- i Regolamenti concernenti l'accesso all'impiego: per il personale sanitario D.P.P. 14 agosto 2013, n. 17-119/Leg., modificato, con riferimento ai dirigenti di struttura complessa, dal D.P.P. 12 dicembre 2022, n. 16-73/Leg., che ha recepito le modifiche introdotte all'art. 15, comma 7-bis del D.Lgs. n. 502/1992 dalla legge 5 agosto 2022 n. 118, e disposizioni attuative aziendali successivamente approvate con deliberazione del Direttore Generale n. 788 del 22 dicembre 2022;
- il Regolamento per l'accesso alla dirigenza amministrativa, professionale e tecnica di ruolo e alla qualifica di direttore presso l'Azienda provinciale per i servizi sanitari approvato con delibera DG n. 686/2023;
- il Regolamento dei tirocini e delle frequenze volontarie presso l'APSS (delibera DG 485/2014);
- il Regolamento aziendale di disciplina tirocini e stage curriculari presso le strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (delibera DG n. 708/2023 aggiornato con delibera D.G. n. 591/2024);
- regolamento aziendale training osservazionale volontario presso le strutture dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (delibera DG n. 277/2025);
- Regolamento di funzionamento delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) ai sensi dell'art. 29 comma 12 dell'ACN vigente per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ed avvio del processo per l'attivazione delle AFT (delibera DG n. 89/2025);
- Procedura aziendale che disciplina e garantisce la percorribilità delle vie di fuga e degli spazi di manovra necessari alla sicurezza nelle aree di pertinenza del Presidio Ospedaliero Santa Chiara di Trento e delle strutture afferenti (delibera DG n. 90/2025);
- il Regolamento delle borse di studio presso l'APSS (delibera DG 156/2016);
- la Procedura per la gestione delle attrezzature sanitarie nelle UU.OO/Servizi;
- le Linee Guida per la formazione esterna all'APSS;
- Disciplinare per l'utilizzo e la gestione del parco automezzi di servizio in dotazione all'Azienda (delibera D.G. 587/2018);
- Piano attuativo aziendale per il governo dei tempi d'attesa per il triennio 2019-2021 (del. DG. 517/2019);
- Procedura aziendale sulla "videosorveglianza" per ragioni di protezione ed incolumità delle persone e sicurezza del patrimonio (delibera del DG 206/2024);
- Procedura gestione delle videoregistrazioni di procedure sanitarie;

- Procedura per i controlli esterni sull'attività di degenza erogata dalle strutture private accreditate adottata con delibera DG n. 25/2021;
- Disciplinare concernente i criteri e la disciplina dei trattenimenti in servizio operati a norma dell'art. 15 nonies del d.lgs. 502/1992 come modificato dall'art. 22 della l. 183/2010 e delle previsioni dei commi 164 e 164 bis l. 213/2023 approvato con delibera DG n. 404/2024;
- Disciplinare in materia di tutela legale in favore dei dipendenti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento (delibera DG n. 786/2024);
- Disciplinare per il conferimento di incarichi di consulenza a medici specialisti esterni all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento approvato con delibera DG n. 413/2025;
- Disciplinare in materia di cessioni dei crediti vantati verso l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (delibera DG n. 831/2024);
- Strategia aziendale antifrode, con particolare riferimento al Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (delibera DG n. 846/2024);
- Piano degli Spostamenti Casa-Lavoro (PSCL) per l'anno 2025 (delibera DG n. 878/2024);
- Regolamento del nido d'infanzia dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (delibera DG n. 554/2025);
- Regolamento del Comitato Unico di Garanzia (delibera DG n. 482/2025);
- Disciplinare in materia di affidamenti diretti di forniture, servizi e lavori (delibera DG n. 394/2025);
- Documento Aziendale per l'Avvio e lo Sviluppo delle Case della Comunità e definizione del percorso di implementazione progressiva del modello organizzativo (delibera DG n. 807/2025).

Tale elenco sicuramente non è esaustivo di tutti i Regolamenti e le procedure operanti in Azienda.

Dell'aggiornamento o dell'adozione di Regolamenti e procedure va data conoscenza al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della trasparenza (anticorruzione@apss.tn.it).

Ai fini della prevenzione della corruzione vanno, inoltre, considerate e rispettate tutte le procedure operative predisposte e le circolari aziendali emanate nei diversi ambiti di attività.

I documenti vengono aggiornati dai responsabili competenti in ordine alle modifiche di contesto e anche con riguardo al loro adeguamento alle misure di prevenzione della corruzione previste dalla Legge 190/2012 e dalla presente sezione.

2.3.13 Alcune ulteriori misure specifiche per la prevenzione della corruzione

Di seguito sono indicate altre misure di prevenzione specifiche individuate dall'APSS per la riduzione del rischio di corruzione:

A. Per garantire la trasparenza e tracciabilità delle prestazioni erogate:

Le prestazioni in libera professione (L.P.) vengono gestite nel sistema CUP. E' stata introdotta la possibilità di pagamento mediante PAGO PA, con codice IUV inviato

tramite SMS il giorno prima della prenotazione, unitamente al promemoria.

B. Per il monitoraggio degli incassi:

Sia per le entrate da L.P., come anche per quelle derivanti dall'attività in regime istituzionale, sono previsti controlli tra elenco prenotati ed elenco delle prestazioni incassate.

Il rispetto, da parte del dipendente a cui è affidata una pratica, dell'ordine cronologico nell'istruttoria e nella definizione delle istanze presentate, fatti salvi i casi d'urgenza che devono essere espressamente richiamati con provvedimento motivato del responsabile del procedimento.

C. Regolamentazione dei regali: tutti i dipendenti e i soggetti tenuti al rispetto del codice di comportamento non chiedono, **non accettano per sé o per altri, né offrono regali o altre utilità.**

La *ratio* della disposizione è di non creare aspettative nel donante di ricevere qualcosa in cambio o condizionamenti del dipendente di sdebitarsi usando la sua funzione pubblica.

Solo nel caso in cui NON vengano a crearsi aspettative da parte del donante di ricevere "qualcosa in cambio" o condizionamenti del dipendente è possibile accettare, in via del tutto occasionale, a titolo di ringraziamento, nell'ambito di relazioni di cortesia, solo quelli di modico valore, nella misura definita dal Codice di comportamento aziendale in corso di vigenza.

In ogni caso è vietata l'accettazione per sé o per altri di **somme di denaro**, per qualunque importo.

È vietata l'accettazione per sé o per altri di regali o altra utilità, anche di modico valore, a titolo di corrispettivo per l'attività inerente il proprio ufficio.

Il dipendente o il soggetto che a diverso titolo opera nell'Azienda è comunque **tenuto a** non accettare e a dare immediata notizia al proprio superiore gerarchico della proposta di regalo e/o altre utilità che superano il modico valore o di regali effettuati da parte di soggetti che sono in conflitto di interessi (ad es. fornitori, potenziali fornitori, strutture accreditate/convenzionate, soggetti che possono avere interesse economico diretto o indiretto, ecc.).

D. Clausole da inserire negli atti di gara e nei contratti per l'esecuzione di lavori, servizi e forniture che costituiscono il protocollo di integrità:

L'indicazione negli avvisi, nei bandi di gara, nelle lettere di invito e nei contratti della disponibilità dell'impresa aggiudicataria a fornire, su richiesta dell'APSS, i nominativi dei titolari di cariche, dei soci e del proprio personale attraverso il riepilogo dati per sostituto d'imposta delle CU inviate all'Agenzia delle Entrate (ex mod. 770), per l'eventuale controllo di cui all'art. 1, c. 9, punto e) della L. 190/2012.

L'inserimento nei contratti di fornitura di beni, servizi o lavori di apposite disposizioni per il rispetto da parte dei collaboratori, a qualsiasi titolo, delle imprese degli obblighi di condotta, per quanto compatibili, derivanti dal Codice di comportamento di APSS.

E. Clausole da inserire negli atti di incarico e nei contratti di affidamento delle collaborazioni e delle consulenze:

Il rispetto delle misure previste dalla Sezione Anticorruzione del PIAO e di quanto previsto dal Codice di comportamento aziendale.

Clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione di tali prescrizioni.

Non aver riportato condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del Titolo II del Libro Secondo del Codice penale (rilascio dichiarazione).

Assenza di conflitti di interesse con l'APSS (rilascio di una dichiarazione).

F. Con riferimento alle acquisizioni di valore inferiore alla soglia per la quale è previsto l'affidamento diretto:

Il D.Lgs. n. 36/2023 stabilisce l'obbligo di utilizzo delle piattaforme di approvvigionamento digitale (PAD) per svolgere tutte le procedure di affidamento e di esecuzione dei contratti pubblici, compresi gli affidamenti diretti. Con deliberazione n. 2276 del 15.12.2023, la Giunta provinciale ha individuato "CONTRACTA" quale piattaforma di e-procurement della Provincia autonoma di Trento. L'utilizzo di una piattaforma telematica per l'espletamento della procedura consente di tracciare e monitorare l'intero processo.

Con deliberazione n. 394 | 2025 è stato adottato il nuovo "Disciplinare in materia di affidamenti diretti di forniture, servizi e lavori", con la finalità di fornire ai Responsabili Unici di Progetto (RUP) alcune indicazioni generali valide a livello aziendale, nel quadro dei principi e delle regole delineati dal legislatore, utili ad assicurare maggiore omogeneità di procedure all'interno di APSS.

Il Disciplinare riguarda gli affidamenti diretti di lavori di importo inferiore a 150.000 euro e di forniture e servizi di importo inferiore a 140.000 euro di cui all'art. 50, comma 1, lett. a) e lett. b) del D.Lgs. n. 36/2023.

Tali affidamenti possono essere disposti anche senza previa consultazione di più operatori economici, assicurando che siano scelti soggetti in possesso di documentate esperienze pregresse idonee all'esecuzione delle prestazioni contrattuali. Pur se la normativa consentirebbe di procedere anche senza interpellare più fornitori, spesso è adottata la buona prassi di acquisire più preventivi.

L'atto conclusivo della procedura di affidamento, nel quale sono individuati l'oggetto, l'importo e il contraente, unitamente alle ragioni della sua scelta (motivando eventuali deroghe al principio di rotazione), ai requisiti di carattere generale e, se necessari, a quelli inerenti alla capacità economico finanziaria e tecnico-professionale, è oggetto di pubblicazione a fini di trasparenza.

G. Con riferimento allo svolgimento di procedura di gara ad evidenza pubblica:

Quando sia stata indetta una procedura di gara ad evidenza pubblica per l'approvvigionamento di dispositivi afferenti ad uno specifico settore (es. presidi chirurgici, presidi ortopedici, presidi per oculistica, ecc.) – evento questo (per le gare sopra soglia europea) da chiunque facilmente verificabile in tempo reale accedendo alla sezione "Bandi di gara e contratti" del portale Amministrazione Trasparente di APSS, ovvero al "Sistema informatico provinciale per l'assolvimento degli obblighi informativi e di pubblicità in materia di contratti pubblici" (SICOPAT). Qualsiasi quesito che un'impresa intenda porre in merito alla gara (anche di contenuto squisitamente tecnico) deve essere posto per iscritto e inviato secondo le modalità stabilite negli atti di gara. Sarà il Servizio che gestisce la procedura a

trasferire i quesiti al Responsabile Unico del Progetto, il quale si interfacerà con i professionisti del settore al fine di fornire le informazioni richieste al Servizio predetto; quest'ultimo renderà pubbliche le informazioni acquisite, in modo tale da garantire parità di condizioni a tutte le imprese interessate a partecipare (fanno eccezione i quesiti di carattere amministrativo che possono essere riscontrati direttamente dal Servizio stesso). Quanto sopra trova applicazione anche nelle procedure negoziate svolte mediante piattaforme di approvvigionamento digitali. In ogni caso, i concorrenti si impegnano a non ricercare il contatto confidenziale con i soggetti competenti nelle diverse fasi della procedura di gara.

I professionisti che siano chiamati a far parte di un gruppo tecnico di predisposizione del Capitolato sono tenuti all'obbligo di segretezza e di riservatezza per tutta la durata della procedura, anche cercando, a tal fine, di evitare rapporti diretti con i rappresentanti delle imprese che potrebbero essere interessate alla gara.

I componenti della commissione tecnica, nel periodo in cui sono impegnati nell'attività, oltre all'obbligo di segretezza e di riservatezza per tutta la durata dei lavori, non intrattengono alcun rapporto diretto con rappresentanti di imprese che partecipano alla gara; qualora, per esigenze di servizio, ciò si renda necessario, il colloquio deve avvenire alla presenza di almeno una terza persona e non può in alcun modo riguardare aspetti della procedura in corso di svolgimento.

I dirigenti e i funzionari, mentre gestiscono la definizione di Capitolati di gara (salvo che non sia stato formalmente avviato un dialogo tecnico o nel caso di procedura negoziata senza pubblicazione di bando con un unico fornitore) e nella gestione delle fasi di gara, si interfacciano solo per iscritto con le imprese che abbiano manifestato interesse alla gara; al medesimo fine, in costanza di procedura di gara, l'accesso dei rappresentanti è precluso agli uffici del Servizio che gestisce la stessa.

APSS è qualificata come amministrazione aggiudicatrice presso ANAC ed è autorizzata a gestire in autonomia, per importi illimitati, l'affidamento e l'esecuzione di appalti di lavori, servizi e forniture. Inoltre, con delibera della Giunta Provinciale n. 449, di data 9 aprile 2020, la PAT ha delegato APSS allo svolgimento in autonomia delle procedure di gara di competenza di APAC in funzione di soggetto aggregatore. Per le suddette procedure, è stato previsto l'obbligo di applicazione di misure anticorruzione analoghe a quelle adottate da APAC. A tal fine, è stata adottata la determinazione del Dirigente del Servizio Gare Europee n. 914 del 04/06/2025, che ha disposto l'applicazione di specifiche misure integrative in materia di prevenzione della corruzione e di legalità applicabili a tutte le procedure di gara gestite dal Servizio medesimo.

H. Con riferimento allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors) le misure adottate da APSS prevedono:

L'inserimento nei contratti di assunzione della clausola che prevede il divieto, per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Azienda, di prestare attività lavorativa o professionale presso i soggetti destinatari dell'attività svolta dalla pubblica amministrazione attraverso i medesimi poteri per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego.

L'inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, della clausola con la quale la ditta fornitrice attesta di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e

comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'APSS nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto, nonché la clausola di esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui sopra.

Il rilascio di una nota ai dipendenti, al momento della cessazione, che li informa, qualora negli ultimi tre anni abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali, dell'obbligo di non svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati o contratti conclusi con il proprio apporto decisionale (art. 1, comma 42, lett. L, della L. 190/2012).

Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente che, durante il periodo di servizio, potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per preconstituire delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Il divieto è anche volto allo stesso tempo a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione).

Il PNA 2022 ha dedicato una specifica sezione al tema per chiarire l'ambito soggettivo e oggettivo di applicazione della norma e suggerire ulteriori misure da inserire nella sezione anticorruzione del PIAO.

I. Quanto all'ambito soggettivo viene chiarito che l'obbligo si applica:

Ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo determinato e indeterminato, inclusi gli incarichi dirigenziali attribuiti con contratti di lavoro a tempo determinato o di collaborazione reclusi per dare attuazione ai progetti del PNRR.

Ai soggetti indicati al d.lgs. 39/2013 (incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni ed esterni, incarichi amministrativi di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico).

E' in corso di definizione una procedura per l'esecuzione del controllo a campione sulle dichiarazioni rilasciate dai dipendenti all'atto della cessazione dal rapporto di lavoro con APSS. La raccolta sarà avviata nel 2026.

Con riferimento alle disposizioni dell'art. 35 bis del d.lgs. 165/2001:

- il rilascio di una dichiarazione di insussistenza di condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II del Libro secondo del Codice Penale (delitti dei pubblici ufficiali contro la P.A.) da parte dei membri, inclusi i segretari, delle:
 - commissioni per l'accesso o la selezione al pubblico impiego;
 - commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi;
 - commissioni per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;

- un controllo campionario da parte dei Servizi competenti sul rispetto di quanto previsto all'art. 35 bis⁶ del D.Lgs. 165/2001 c. 1 lett. a), b) e c).

Con riferimento agli eventi formativi:

1. **Partecipazione dei professionisti come discenti ad eventi con spese sponsorizzate e sponsorizzazione di Master**

La partecipazione deve seguire la procedura stabilita dalle **Linee guida operative per la formazione esterna dell'APSS**.

La partecipazione del dipendente (inclusi extramoenisti) come discente a convegni, attività di aggiornamento e formazione con spese sponsorizzate da soggetti esterni privati (es. ditte farmaceutiche, ditte venditrici di prodotti o servizi, ecc.) **non è consentita qualora l'invito sia nominativo o sia trasmesso direttamente a un dipendente** o nel caso di eventi organizzati da ditte esterne con presenza di momenti conviviali; **il divieto vale anche nel caso in cui il dipendente partecipi a titolo personale (es. ferie, recupero ore)**.

La partecipazione dei dipendenti (inclusi gli extramoenisti) ad eventi formativi esterni con spese sponsorizzate da soggetti esterni privati, deve avvenire per mezzo di un **invito non nominativo** (nel caso di inviti effettuati da provider deve essere comunque indicato il nominativo della ditta sponsor).

In questo caso, qualora la partecipazione è ritenuta particolarmente utile e coerente con il fabbisogno formativo dal Direttore competente (di U.O./Servizio/Direzione medica/Dipartimento/...), quest'ultimo provvederà ad individuare il personale partecipante all'evento (assicurando, ove possibile, la rotazione), specificando la motivazione della scelta e verificando l'assenza di conflitti di interesse mediante acquisizione di apposita dichiarazione.

Con riferimento alle proposte di "educational grant" o di altre forme di sovvenzionamento delle spese di partecipazione ad eventi formativi che pervengono da Aziende che aderiscono al Codice Etico Medtech di Assobiomedica, in considerazione delle diverse modalità adottate dalle ditte, le suddette proposte vanno trasmesse al referente del Fondo unico aziendale per il miglioramento della qualità dei servizi e di gestione delle sponsorizzazioni, donazioni, legati ed eredità.

Come misura di trasparenza, dal 2016 l'APSS pubblica sul proprio sito l'elenco delle partecipazioni ad eventi sponsorizzati. Negli ultimi mesi del 2024 è emersa anche una nuova modalità di sponsorizzazione, che offre gratuitamente ai professionisti dell'Azienda la possibilità di frequentare Master universitari. Per questa eventualità è stata definita una procedura autorizzativa che consente la partecipazione alle seguenti condizioni:

⁶ Art. 35-bis, comma 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 (delitti pubblico ufficiale contro la P.A.):

- 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.

- che lo sponsor non scelga di avere o non abbia già rapporti col discente;
- che lo sponsor si avvalga, per gestire l'evento, necessariamente di organizzazioni sanitarie (provider, ECM, università) vincolate a non trasmettere informazioni sul discente;
- che la frequenza ai Master risulti compatibile con l'attività istituzionale.

2. Partecipazione ad eventi quale parte attiva (docente, relatore, ecc.)

La partecipazione dei professionisti in qualità di relatori, docenti, moderatori, ecc. è disciplinata dall'art. 10 del "Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'APSS" in corso di vigenza (ultimo aggiornamento Delibera DG. n. 171/2019).

La partecipazione dei dipendenti dell'APSS, solo quale parte attiva a corsi, congressi, convegni e seminari – retribuiti e non – da chiunque conferiti, è soggetta alla comunicazione preventiva al Servizio amministrazione del personale.

Nel caso in cui il professionista partecipi ad eventi sia come discente che come parte attiva, è stato introdotto un **modulo unico** e un percorso strutturato tra i diversi servizi coinvolti nel processo di valutazione e autorizzazione. In entrambi i casi va compilata l'apposita dichiarazione pubblica di assenza di conflitti di interesse.

3. Partecipazione ad advisory board o gruppi di esperti

Gli incarichi per partecipare ad advisory board, gruppi di esperti e prestazioni assimilabili, sono soggetti ad autorizzazione e sono disciplinati dall'art. 7 bis del Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'APSS in corso di vigenza (ultimo aggiornamento Delibera DG. n. 171/2019).

Con riferimento all'accesso dei rappresentanti delle ditte esterne:

- i dipendenti che partecipano alla predisposizione di capitolati o commissioni di gara, evitano rapporti diretti con i rappresentanti dei soggetti che possono avere o hanno interesse alla gara e sono tenuti all'obbligo di segretezza e riservatezza;
- viene assicurata, da parte dei responsabili di tutte le Strutture dell'Azienda, la corretta applicazione delle direttive aziendali che disciplinano l'accesso presso le stesse e presso i reparti:
 - **dei rappresentanti delle ditte di farmaci, informatori scientifici** (delibera DG n. 127/2016) e applicazione delle misure di vigilanza previste da apposito regolamento, direttiva G.P. n. 1713 del 2015 (Direttive per l'informazione scientifica sul farmaco nell'ambito del SSP);
 - **dei rappresentanti delle ditte di dispositivi medici e per la cessione dei campioni gratuiti** (delibera DG n. 124/2018);
 - **dei fornitori di dispositivi medici su misura di tipo ortopedico a favore di utenti degenti o in regime ambulatoriale** (con pubblicazione del registro degli accessi) – delibera DG. n. 420/2018.

In ogni caso, è opportuno che i direttori delle UU.OO agevolino la compresenza di almeno due operatori nell'incontro con il/i rappresentante/i e si suggerisce – qualora non esistente – la tenuta di un registro cartaceo o informatico con il giorno dell'incontro con il/i rappresentante/i e del nominativo dell'impresa incontrata e dei rappresentanti e

operatori APSS partecipanti.

2.3.14 Codice di comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione, il Codice di comportamento ha un ruolo fondamentale costituendo lo strumento che regola le condotte dei dipendenti e collaboratori e le orienta alla miglior cura dell'interesse pubblico, in stretta connessione con gli altri documenti di prevenzione della corruzione.

Il Codice di Comportamento aziendale è dunque elemento essenziale della sezione anticorruzione del PIAO dell'APSS poiché rappresenta uno degli strumenti principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) con deliberazione n.72/2013.

Il Codice di Comportamento aziendale adottato con deliberazione del Direttore generale n. 494 del 30 dicembre 2014 è pubblicato sul sito aziendale in Amministrazione trasparente.

Il Codice recepisce integralmente i principi e le regole contenuti nei vigenti Regolamenti aziendali e nei codici deontologici di tutte le professioni presenti in Azienda (ai quali rinvia), dalla cui osservanza non si può prescindere nell'esercizio della professione.

Ciò che è rilevante sottolineare è che l'etica deontologica professionale non coincide con **l'etica pubblica**, in quanto quest'ultima fa riferimento ai principi di buon andamento, imparzialità, interesse pubblico, includendo reputazione e immagine pubblica. È importante che entrambe le tipologie di etica siano integrate, dunque, che quando vengono prese decisioni ci si interroghi sulle conseguenze, in quanto il professionista dipendente pubblico agisce per conto dell'Azienda sanitaria.

Obbligo di astensione e segnalazione di potenziali conflitti di interessi

Il Codice di comportamento stabilisce un obbligo generale, in capo a tutti i dipendenti, di astensione e segnalazione al superiore gerarchico di conflitti di interesse in caso di adozione di decisioni o partecipazione ad attività che possano coinvolgere interessi propri, di suoi parenti (affini entro il secondo grado), del coniuge, di conviventi, o di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Inoltre l'art. 1 c. 41 della L. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis "conflitto di interessi" nella L. 241/1990 sul procedimento amministrativo.

Sulla base di tale disposto, i Direttori, i Dirigenti, il Responsabile del Procedimento, il Responsabile di Progetto (RUP), il Direttore dell'esecuzione del contratto (DEC) e i dipendenti degli uffici competenti ad effettuare ispezioni, controlli e sanzioni o ad adottare pareri, valutazioni, altri atti intra procedurali o il provvedimento finale, e comunque tutti i dipendenti, collaboratori e consulenti devono **ASTENERSI in caso di conflitto di interesse SEGNALANDO al proprio responsabile gerarchico o al referente ogni situazione di conflitto anche potenziale.**

Per valutare la sussistenza di un conflitto di interessi, anche potenziale, può essere utile porsi alcune domande come le seguenti:

1. Il regalo, l'attività proposta o la relazione ha qualche afferenza con l'attività del mio ente?
2. Il regalo, l'attività proposta o la relazione interferisce con il mio ruolo, orario di lavoro e risorse dell'ente?
3. Ho un interesse personale che confligge o può essere percepito in conflitto con il mio dovere pubblico?
4. Potrebbero esserci vantaggi per me ora o nel futuro che rischiano di mettere in dubbio la mia obiettività?
5. Come sarà visto all'esterno il mio coinvolgimento nella decisione o azione?
6. Come potrebbe essere percepito il mio coinvolgimento nell'attività del soggetto esterno/ditta X?
7. Esistono rischi per la reputazione mia o per la mia organizzazione?
8. Quali sono le possibili conseguenze per me e per il mio ente se ignoro il conflitto di interessi?

Azioni per la diffusione del codice di comportamento e della sezione anticorruzione del PIAO

Per garantire la diffusione di quanto prescritto nella presente Sezione del PIAO e nel Codice di Comportamento dei pubblici dipendenti, l'APSS provvede a darne pubblicazione sul portale istituzionale e nell'area intranet aziendale nonché a fornire il link per renderli sempre disponibili a dipendenti e terzi al momento della conclusione dei relativi contratti.

Per i neo assunti o nel caso di affidamento di incarichi e collaborazioni è stato inserito nella comunicazione di assunzione l'obbligo di prenderne visione, da confermare successivamente al momento della firma del contratto. Le disposizioni previste da tali documenti sono altresì trattate nell'ambito dei corsi di formazione in materia di prevenzione della corruzione.

In APSS sono vigenti i seguenti Codici:

- il Codice disciplinare del personale della dirigenza medica e veterinaria;
- il Codice della dirigenza sanitaria, delle professioni sanitarie, professionali, tecniche ed amministrative;
- il Codice disciplinare del personale dell'Area del comparto, disponibile sul sito dell'APRAN.

Ai Direttori di ufficio e di incarico speciale si applica il Codice disciplinare del personale con qualifica di direttore della Provincia Autonoma di Trento e dei suoi enti strumentali. Il regolamento dei procedimenti disciplinari è stato aggiornato con deliberazione n. 216 del 26/03/2024.

2.3.15 Modalità per la segnalazione di condotte illecite: il whistleblowing

L'art. 54 bis del d.lgs.165/2001 ha stabilito delle particolari tutele nei confronti dei dipendenti o equiparati che segnalano condotte illecite.

L'APSS, con delibera del D.G. n. 602 del 18 dicembre 2020, ha aggiornato la **Politica per la promozione delle segnalazioni e per la tutela del dipendente che segnala illeciti nell'interesse pubblico (whistleblowing)**, già adottata con delibera DG n.35 del 30/1/2014.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. 24/2023, ha adottato, con delibera n. 311 del 12/07/2023, le Linee guida volte a dare indicazioni per la presentazione e la gestione delle segnalazioni esterne indirizzate ad ANAC e a fornire anche indicazioni agli enti pubblici e privati per l'attivazione dei propri canali di segnalazione e l'adozione di modelli organizzativi interni.

APSS, con deliberazione del direttore generale n. 505 del 13 luglio 2023, ha adottato il documento "Politica per la gestione delle segnalazioni interne e la tutela dei soggetti coinvolti (whistleblowing)" nella quale sono contenute le modalità di presentazione delle segnalazioni e le misure poste in essere a tutela della riservatezza dei segnalanti e degli altri soggetti tutelati.

Il documento è disponibile sul sito APSS in Amministrazione trasparente al link <https://trasparenza.apss.tn.it/Amministrazione-Trasparente/Altri-contenuti/Prevenzione-della-Corruzione/Tutela-del-segnalante-interno-ed-esterno-Whistleblower>

Cosa si può segnalare

Comportamenti, atti od omissioni che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione pubblica o dell'ente privato consistenti in:

- illeciti amministrativi, contabili, civili o penali;
- illeciti che rientrano nell'ambito di applicazione degli atti dell'Unione europea o nazionali relativi ai seguenti settori: appalti pubblici; servizi, prodotti e mercati finanziari e prevenzione del riciclaggio e del finanziamento del terrorismo; sicurezza e conformità dei prodotti; sicurezza dei trasporti; tutela dell'ambiente; radioprotezione e sicurezza nucleare; sicurezza degli alimenti e dei mangimi e salute e benessere degli animali; salute pubblica; protezione dei consumatori; tutela della vita privata e protezione dei dati personali e sicurezza delle reti e dei sistemi informativi;
- atti od omissioni che ledono gli interessi finanziari dell'Unione;
- atti od omissioni riguardanti il mercato interno;
- atti o comportamenti che vanificano l'oggetto o la finalità delle disposizioni di cui agli atti dell'Unione.

Chi può segnalare

I soggetti ai quali sono garantite le tutele previste dal D.lgs. n. 24/2023 sono:

- a) i dipendenti delle amministrazioni pubbliche, compresa APSS;
- b) i lavoratori autonomi che svolgono la propria attività lavorativa presso APSS;
- c) i lavoratori o i collaboratori che svolgono la propria attività lavorativa presso soggetti del settore pubblico o del settore privato che forniscono beni o servizi o che realizzano opere in favore di APSS;
- d) i liberi professionisti e i consulenti che prestano la propria attività presso APSS;
- e) i volontari e i tirocinanti, retribuiti e non retribuiti, che prestano la propria attività presso APSS;

- f) le persone con funzioni di amministrazione, direzione, controllo, vigilanza o rappresentanza presso APSS.

Come segnalare

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è il destinatario delle segnalazioni.

APSS ha definito come modalità preferenziale di trasmissione delle segnalazioni di whistleblowing la Piattaforma informatica WhistleblowingPA. Tale Piattaforma è accessibile dal sito istituzionale dell'APSS: <https://trasparenza.apss.tn.it/Amministrazione-Trasparente/Altri-contenuti/Prevenzione-della-Corruzione/Tutela-del-segnalante-interno-ed-esterno-Whistleblower>

o direttamente dalla piattaforma esterna:

<https://apss.whistleblowing.it/>

La piattaforma si basa su una tecnologia che rende impossibile rintracciare l'origine della segnalazione e garantisce la riservatezza del segnalante.

Se la segnalazione scritta è inviata utilizzando canali diversi dalla piattaforma o pervenga erroneamente ad un soggetto non competente a gestirla, questa dovrà contenere nell'oggetto l'indicazione che si tratta di una segnalazione per la quale si intende mantenere riservata la propria identità e beneficiare delle tutele previste dalla legge.

In caso contrario la segnalazione sarà gestita come segnalazione ordinaria.

È possibile effettuare segnalazioni interne anche in forma orale mediante comunicazione telefonica o, su richiesta della persona segnalante, mediante un incontro diretto fissato entro il termine di 20 giorni.

Altri canali di segnalazione

È possibile segnalare direttamente ad ANAC ed effettuare una divulgazione pubblica solo se sussistono le condizioni indicate nel documento "Politica per la gestione delle segnalazioni interne e la tutela dei soggetti coinvolti". Dunque, gli altri canali risultano essere:

- canale esterno (ANAC);
- divulgazione pubblica (tramite la stampa, mezzi elettronici o mezzi di diffusione in grado di raggiungere un numero elevato di persone).

Le eventuali ritorsioni che il segnalante e gli altri soggetti tutelati ritengono di aver subito vanno comunicate esclusivamente all'ANAC.

Tempi di risposta alla segnalazione

APSS darà riscontro al segnalante entro 3 mesi dalla data dell'avviso di ricevimento della segnalazione o, in mancanza di detto avviso, entro 3 mesi dalla scadenza del termine di 7 giorni dalla presentazione della segnalazione.

2.3.16 Attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e di incompatibilità (d.lgs. 39/2013), cumulo di impieghi e incarichi (art. 53 d.lgs. 165/2001)

- **Inconferibilità e incompatibilità (d.lgs. 39/2013)**

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico, si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39, *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190."*

La delibera n. 149 del 22/12/2014 dell'Autorità nazionale anticorruzione, *"Interpretazione e applicazione del D.lgs. 39/2013 nel settore sanitario"*, vista la sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, ha definito l'ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità nel settore sanitario, limitandolo ai soli incarichi di vertice e dunque di direttore generale (la cui nomina e controllo è di competenza della Provincia autonoma di Trento), direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore per l'integrazione socio sanitaria. Successivamente, con la delibera n. 1146 del 2019, ANAC ha stabilito che gli incarichi dirigenziali non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria (medica e non), svolti nell'ambito degli enti del SSN, rientrano nella definizione di *"incarichi dirigenziali interni ed esterni"* di cui all'art. 3 c. 1 lett. C del d.lgs. 39/2013, ai quali si applicano le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di cui al medesimo decreto.

L'ANAC ha ribadito l'assoggettamento della dirigenza PTA al decreto legislativo n. 39/2013 con la delibera n. 713 del 4 agosto 2020.

- **Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi esterni (art. 53 d.lgs. 165/2001)**

Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art. 53 del decreto legislativo 165/2001.

L'Azienda ha adottato da diversi anni il **Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività ed incarichi compatibili con il rapporto di lavoro presso l'APSS ed anagrafe degli incarichi**, aggiornato con delibera DG n. 171 del 29/3/2019.

Con delibera n. 713 del 02/11/2023 è stato approvato il **Regolamento per la disciplina in materia di attività esercitabili dal personale delle professioni sanitarie del comparto sanità** ex L. 43/2006 dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari ai sensi dell'articolo 3-quater del Decreto Legge 21 settembre 2021, n. 127, convertito dalla Legge 19 novembre 2021, n. 165, come modificato dall'articolo 13 del Decreto Legge 30 marzo 2023, n. 34, convertito dalla Legge 26 maggio 2023, n. 56.

Il Regolamento, in ottemperanza a quanto previsto dalla norma, deroga transitoriamente (fino al 31 dicembre 2025) al principio di esclusività per lo svolgimento di attività sanitaria da parte dei dipendenti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari inquadrati nei profili professionali degli operatori delle professioni sanitarie di cui all'articolo 1 della legge 1 febbraio 2006, n. 43, appartenenti al personale del comparto sanità. Anche in questo caso l'Azienda rilascia l'autorizzazione previa valutazione di insussistenza di situazioni di conflitto d'interesse.

Come previsto dai commi 5, 7, 9 e 14 dell'art. 53 del D.Lgs. 165/2001, così come modificati dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a

propri dipendenti, l'APSS verifica l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale.

Tutti i Referenti del RPCT e i dirigenti vigilano sulla diffusione e sul rispetto del Codice di comportamento e del Regolamento in materia di attività e incarichi esterni.

2.3.17 Formazione dei dipendenti destinati ad operare in aree particolarmente esposte alla corruzione

La formazione è considerata dall'APSS uno dei principali strumenti per la diffusione delle tematiche legate alla prevenzione della corruzione, alla legalità, all'etica e all'integrità e:

- coinvolge direttamente i dipendenti, in qualità di cittadini, sulle tematiche di tutela dell'interesse pubblico;
- permette la diffusione della conoscenza circa le strategie aziendali, le procedure, gli strumenti e le azioni per la prevenzione della corruzione.

La strategia relativa alla formazione sui temi della prevenzione corruzione è quindi basata sulla diffusione della conoscenza della normativa, dei documenti aziendali, dei principali rischi e delle misure adottate dall'Azienda e dal legislatore, orientata alla diffusione dei principi di integrità a tutti i livelli dell'organizzazione poiché tutti devono essere consapevoli del disvalore che deriva dal verificarsi di un evento corruttivo.

In generale, il programma di formazione ha i seguenti contenuti:

- normativa sulla prevenzione della corruzione;
- sezione Anticorruzione e trasparenza del Piano Integrato di Attività e Organizzazione;
- gestione dei rischi;
- compiti e responsabilità dei diversi soggetti coinvolti;
- aspetti legati a momenti di riflessione sui temi della legalità, integrità ed etica;
- *whistleblowing* (tutela del soggetto che segnala condotte contrarie all'etica e alla legalità);
- trasparenza del diritto di accesso civico generalizzato e documentale;
- Codice di comportamento aziendale;
- Regolamento in materia di attività e incarichi esterni;
- conflitto di interessi, anche potenziale, e obbligo di astensione;
- norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione;
- ogni tematica che si renda opportuna e utile per la prevenzione della corruzione;
- analisi e sviluppo di casi di dilemmi etici (o di incompatibilità) e di conflitti di interessi.

L'attività di formazione è rivolta a tutti i dirigenti e ai dipendenti dell'APSS che direttamente o indirettamente svolgono la propria attività, anche solo parzialmente, all'interno delle Aree a rischio.

In particolare, gli interventi e le attività di formazione sono specificatamente dedicati ai seguenti distinti gruppi di utenti delle aree a rischio alto:

- a. personale del ruolo amministrativo e tecnico;
- b. personale con funzioni di ispezione, vigilanza e autorizzazione assegnato al Dipartimento di prevenzione e ai diversi ambiti territoriali;
- c. direttori di struttura complessa area medica, sanitaria, veterinaria, tecnica e amministrativa;
- d. personale medico o area sanitaria;
- e. personale sanitario con funzioni di coordinamento;
- f. personale neo assunto.

Le tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione sono, inoltre, argomenti di studio nei corsi di laurea sulle professioni sanitarie gestite dal Polo delle professioni sanitarie dell'APSS. In aggiunta alla formazione di base, sono promosse attività di formazione continua in relazione agli aggiornamenti normativi e regolamentari, nonché di quelli relativi all'organizzazione aziendale.

Dal 2020 al 2025 sono stati formati 5.296 dipendenti sui temi dell'etica e dell'integrità, coinvolgendo sia il personale neoassunto che il personale individuato dai Referenti RPCT.

Nel 2022 è stata erogata una edizione della FAD 2, dal titolo: "*Anticorruzione, Etica e Integrità nei contesti sanitari - Analisi di Casi Emblematici*", che ha formato n. 30 dipendenti, di cui n. 15 del ruolo sanitario e n. 15 del ruolo tecnico amministrativo. La FAD 2 prevedeva lo sviluppo di casi e modalità interattive con il discente per sviluppare riflessioni e capacità di individuazione, analisi e sviluppo delle decisioni in presenza di determinate situazioni che possono verificarsi durante l'attività lavorativa nei diversi profili professionali.

Inoltre, nel 2023 e nel 2024 i dipendenti della APSS hanno potuto accedere alla "*Formazione in materia di prevenzione della corruzione – il conflitto di interessi*", che ha visto la partecipazione di n. 23 persone, e alla "*Formazione in materia di prevenzione della corruzione – antiriciclaggio: evoluzione normativa e azioni di prevenzione*", che ha visto la partecipazione di n. 39 persone, erogati da Trentino School of Management (TSM) sulla base di specifica convenzione con il Servizio Formazione.

Nel 2023 è stata progettata un'attività formativa in più edizioni rivolta a personale neo assunto.

"APSSstart ...UP!" è un progetto *blended* che mette a disposizione del neo assunto in APSS, all'interno di una piattaforma di formazione dedicata, uno spazio in cui possa trovare le risorse e le modalità formative utili per accompagnarlo nei primi mesi all'interno dell'Azienda. Il corso, articolato in due sessioni e svolto in modalità webinar, è stato organizzato in moduli all'interno dei quali il partecipante trova informazioni e documentazione di supporto e approfondimento. Uno dei moduli è stato dedicato alla tematica "*Pianificazione aziendale e integrità in APSS*". Nella prima edizione di ottobre sono stati formati n. 103 dipendenti; mentre nella seconda edizione, tenutasi a novembre, n. 189 dipendenti.

Il progetto è proseguito anche per l'anno 2024, con il coinvolgimento di un totale di n. 432 dipendenti in due differenti edizioni, e per l'anno 2025, con la partecipazione di n. 125 neoassunti all'edizione di maggio e circa n. 250 nell'edizione di novembre (ancora in fase di chiusura).

Nel 2026, anche alla luce delle novità che verranno introdotte dalla nuova organizzazione

ASUIT, il percorso verrà rimodulato prevedendo un potenziamento della metodologia asincrona con contenuti "e-learning" e 1 o 2 incontri in webinar a cui verranno convocati tutti i neoassunti dell'anno.

La collaborazione in essere con Transparency International Italia e REACT nell'ambito del progetto "Healthcare Integrity Forum – Forum per l'integrità in sanità" prevede, tra le altre attività, l'erogazione di corsi di formazione a favore di dipendenti APSS su varie tematiche.

Nel 2025 sono state erogate le seguenti attività formative:

- 07/05/2025: "Il ruolo del dipendente pubblico nella strategia anticorruzione";
- 21/05/2025: "I rischi di corruzione del settore sanitario";
- 07/10/2025: "Il conflitto di interessi e la sanità: una questione di trasparenza";
- 28/10/2025: "Il conflitto di interessi in ambito sanitario negli incarichi extraistituzionali".

Tali attività hanno consentito la formazione di circa n. 100 dipendenti.

Analoga attività formativa sarà riproposta per il 2026.

2.3.18 Rotazione dei dipendenti

1. Premessa

La rotazione ordinaria del personale è considerata una misura organizzativa generale di prevenzione della corruzione, finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni idonee ad alimentare dinamiche improprie nella gestione della cosa pubblica, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. I riferimenti normativi dell'istituto della rotazione ordinaria del personale sono contenuti nella legge n. 190/2012, che all'art. 1, comma 4, lett. e), attribuisce all'A.N.A.C. il compito di definire i "criteri per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione", e all'art. 1, c. 10, lett. b) ed impone al Responsabile per la prevenzione della corruzione di provvedere "alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio corruttivo.

In particolare, il potere di rotazione dovrà essere esercitato, sulla base di una serie di atti inseriti, in ossequio ai principi di buon andamento e imparzialità di cui all'articolo n. 97 della Costituzione, in una sequenza procedimentale che arrivi alla definizione del cronoprogramma, presupposti gli opportuni criteri valutativi, e si concretizzi nel puntuale atto di gestione del personale che opera la rotazione.

2. Strumenti programmatori e organizzativi per attuare il principio di rotazione

Il Dipartimento Risorse Umane, sentito il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, ha redatto un Atto organizzativo per la rotazione ordinaria, valevole per gli anni 2024 – 2028, contenente la disciplina e le norme organizzative da applicare per l'attuazione di questa misura di prevenzione della corruzione.

In prima applicazione, entro il 30 giugno 2025, e successivamente, di norma entro il mese di gennaio di ogni anno, il Dipartimento Risorse Umane elaborerà un cronoprogramma di rotazione ordinaria.

In base a tale programmazione verrà organizzata la formazione necessaria per consentire ai dirigenti e direttori interessati di risultare più agevolmente interscambiabili.

3. Ambito soggettivo

L'Azienda si è dotata di un Atto organizzativo (delibera del Direttore Generale n. 78 del 6 febbraio 2025) di rotazione ordinaria, in cui, in attuazione delle previsioni del PIAO, è stata disciplinata la rotazione ordinaria connettendola al rischio corruttivo di ciascuna struttura.

La rotazione si applica alle figure:

- di dirigente e di direttore PTA;
- di dirigente medico in cui le funzioni gestionali prevalgono rispetto a quelle cliniche (ad es.: le posizioni apicali di Direttore di dipartimento, e le Direzioni mediche di presidio);
- con funzioni medico-veterinarie, in relazione delle specifiche competenze legate alle realtà economiche territoriali, che costituiscono attività a significativo rischio di corruzione e quindi potenzialmente suscettibili di rotazione;
- professioni sanitarie non mediche, come ad esempio i farmacisti e le professioni infermieristiche con funzioni di responsabilità e di coordinamento.

È di norma interessato dalla rotazione anche il personale amministrativo e tecnico (non direttore e non dirigente), inserito in settori ad alto rischio corruttivo.

4. Modalità

La rotazione ordinaria è programmata, di regola, alla scadenza naturale dell'incarico di dirigente o di direttore.

La periodicità della rotazione ordinaria è connessa al rischio corruttivo di ciascuna struttura:

- decorsi dieci anni di permanenza nel medesimo incarico per le strutture a maggior rischio di corruzione;
- decorsi venti anni di permanenza nel medesimo incarico per le altre strutture.

Gli incarichi di cui sopra possono, tuttavia, essere rinnovati fino ad un massimo di quindici anni per le strutture con elevato rischio di corruzione, previa valutazione, da parte del Dipartimento risorse umane, sentito il RPCT, in relazione alle condizioni organizzative e alla valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

L'Atto organizzativo dispone anche che la misura della rotazione ordinaria può non essere applicata in alcuni specifici casi, per i quali si applicano, comunque, le misure compensative individuate dall'Atto stesso.

Al fine del computo degli anni di permanenza nel medesimo incarico si considera equiparato quello che comporta lo svolgimento delle stesse funzioni, con riferimento all'attività svolta in concreto e quindi non rileva la modalità di conferimento dell'incarico (concorso pubblico, interpello, avviso di mobilità o comando), né il mutamento di denominazione della struttura diretta, ovvero l'assegnazione a struttura che incardina quella precedentemente diretta, né l'incardinazione della struttura in un diverso dipartimento, senza contestuale mutamento sostanziale delle funzioni assegnate. Si computano unicamente i periodi di lavoro effettivamente svolti.

5. Formazione

Assumerà prioritario rilievo la programmazione di percorsi di formazione e di sviluppo professionale, volta a favorire l'acquisizione di competenze professionali anche di tipo trasversale, al fine di rendere fungibili le funzioni in una pluralità di ambiti lavorativi, prevedendo eventualmente opportuni periodi di formazione e affiancamento.

6. Misure alternative

Le misure previste da questo punto hanno carattere eccezionale e residuale, stante il vincolo della programmazione. L'impossibilità della rotazione deve essere valutata con riferimento alle figure caratterizzate da professionalità non fungibili o per l'assenza di dipendenti con analoga professionalità all'interno dell'amministrazione o, nel caso del restante personale, all'interno della medesima struttura. Per il personale non direttivo e non dirigenziale, le misure compensative sono decise dal Dirigente sovraordinato, sentito il Responsabile per la prevenzione della corruzione.

7. Rotazione straordinaria

La rotazione straordinaria rappresenta una misura di carattere successivo, destinata ad operare nella "fase patologica" della vita della P.A., ossia a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Con riferimento alla rotazione straordinaria si applica quanto previsto dalle *"Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, c. 1 lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001"* di cui alla Delibera dell'ANAC n. 215 del 26 marzo 2019.

8. La situazione attuale in Azienda

Negli ultimi anni in APSS c'è stata una sostanziale rotazione della dirigenza aziendale, infatti:

- l'Azienda è stata interessata da una fase di sperimentazione del nuovo modello organizzativo introdotta nel 2017 dalla modifica della legge provinciale 16/2010 e conclusa al 31 agosto 2021;
- nel 2022, con deliberazione del direttore generale n. 221/2022 è stato adottato il nuovo regolamento di organizzazione, successivamente approvato con delibera della Giunta provinciale n. 857/2022;
- il nuovo modello organizzativo ha portato a una quasi completa rideterminazione delle responsabilità e funzioni in capo ai singoli dipartimenti/servizi tecnico-amministrativi ed una sostanziale riforma degli organi di gestione della parte sanitaria con l'introduzione di nuove strutture e la modifica di quelle esistenti;
- per quanto riguarda le figure apicali (dirigenti/direttori), con funzioni di natura amministrativa, sono quasi totalmente mutate nel corso degli ultimi anni.

Inoltre, si fa presente che:

- in molti processi sono presenti misure di controllo compensative a riduzione del rischio di corruzione, indicate all'interno della sezione anticorruzione del PIAO e delle Tabelle rischi/misure;
- il settore sanitario è caratterizzato dalla presenza di professionisti ad elevata specializzazione (medici) o contenuto tecnico;
- per alcuni ruoli professionali vi è carenza di personale;
- vi sono vincoli contrattuali del CCPL che limita di fatto la possibilità della rotazione territoriale.

2.3.19 Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti

Le finalità del monitoraggio vanno individuate nell'ambito delle disposizioni dell'art. 7, comma 2, della legge n. 69/2009, dove si stabilisce che *"il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti rappresenta un elemento di valutazione dei dirigenti; di esso si tiene conto al fine della corresponsione della retribuzione di risultato"*. Pertanto, ciascun Dirigente, è tenuto al monitoraggio periodico circa il rispetto dei termini dei procedimenti di propria competenza.

Per le informazioni relative ai procedimenti amministrativi e all'attività di monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti si rinvia a quanto indicato al paragrafo 2.3 della parte II: "Misura per l'Attuazione della Trasparenza" della presente sezione.

2.3.20 Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Entro il termine previsto da ANAC, ogni anno il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza provvedono a redigere una relazione (su schema ANAC) diretta a riepilogare l'attività svolta ed i risultati conseguiti. Tale documento è pubblicato sul sito internet nella sezione apposita come previsto dall'art. 1 comma 14 della L.190/2012 e viene trasmesso al Nucleo di valutazione e al Direttore generale dell'Azienda.

2.3.21 Sezione trasparenza del PIAO

Il 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"*), così come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, all'articolo 1, definisce la trasparenza 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"*.

La trasparenza concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

Nel presente documento sono elencati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati previsti dalla normativa sulla trasparenza.

Ciò in applicazione dell'articolo 10, comma 1, del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recepito dall'articolo 11, comma 1, della legge provinciale sulla trasparenza (L.P. 30 maggio 2014, n. 4), la quale stabilisce che: *"la Giunta provinciale, nell'ambito del piano provinciale di prevenzione della corruzione, adotta un'apposita sezione che definisce tempi e modalità necessari per assicurare l'attuazione degli obblighi da essa previsti e la relativa decorrenza"*.

Con il D.L. 9 giugno 2012 n. 80, convertito in L. 6 agosto 2012 n. 113 è stato stabilito che le misure per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza costituiscono sezione del Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

L'APSS, quale ente strumentale della Provincia, in conformità alle direttive stabilite dalla Giunta provinciale, è tenuta ad individuare le misure per assicurare il rispetto degli obblighi di trasparenza previsti dalla L.P. n. 4/2014 (articolo 11, comma 3).

La disciplina normativa provinciale prevede il mantenimento delle disposizioni provinciali previgenti in materia di trasparenza, con le eventuali modifiche e integrazioni introdotte dal decreto legislativo n. 33 del 2013 e ss.mm.ii..

All'articolo 2 della legge provinciale n. 4/2014 sono pertanto elencati gli obblighi di pubblicazione disciplinati da disposizioni provinciali.

L'articolo 3 della legge provinciale n. 4/2014 stabilisce che " la Provincia, comprese le sue agenzie e i suoi enti strumentali pubblici e privati, con riferimento agli ambiti di materia non specificatamente disciplinati da questa legge e dalle altre leggi provinciali, adempiono agli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione dei dati, dei documenti e delle informazioni individuati dal decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, compatibilmente con quanto previsto dall'ordinamento provinciale".

L'articolo 48, commi 2 e 3, del d.lgs. n. 33/2013 conferisce all'Autorità Nazionale Anticorruzione il compito di definire, sentiti il Garante per la protezione dei dati personali, la Conferenza unificata, l'Agenzia Italia Digitale-AGID e l'ISTAT, modelli e schemi per l'organizzazione, la codificazione e la rappresentazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi della normativa vigente alla quale le amministrazioni sono tenute ad uniformarsi.

L'ANAC, con deliberazione n. 495/2024 pubblicata il 19 novembre 2024, ha approvato tre schemi di pubblicazione per la gestione delle informazioni all'interno della sezione Amministrazione Trasparente con l'obiettivo di semplificare le attività di pubblicazione e consultazione e garantire uniformità e possibilità di confronto dei dati.

Con il medesimo provvedimento, l'Autorità ha messo a disposizione delle amministrazioni ulteriori 11 schemi riferiti agli obblighi di pubblicazione contenuti in altri 11 articoli del d.lgs. n. 33/2013 che saranno approvati in via definitiva in esito alla sperimentazione pilota effettuata su base volontaria da alcuni enti.

2.3.21.1 Organizzazione aziendale per la trasparenza

Con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato in via definitiva le *"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"*, con l'obiettivo di fornire indicazioni, alle pubbliche amministrazioni e ad altri enti, sulle principali e più significative modifiche intervenute.

La **tabella allegato C** riporta, per ciascuna articolazione della sezione "Amministrazione trasparente", gli obblighi di pubblicazione come elencati nella delibera dell'ANAC n. 1310/2016 (ad eccezione della parte relativa alla sezione "bandi di gara e contratti" per la quale si riportano gli obblighi di pubblicazione previsti dall'allegato 9 al PNA 2022 vigenti fino al 31/12/2023). In calce alla tabella sono elencati gli obblighi di pubblicazione (disposti dal nuovo codice dei contratti e dalle delibere ANAC n. 261 e 264 del 30/06/2023), le strutture aziendali responsabili della individuazione, produzione, elaborazione e della pubblicazione dei dati previsti dalla normativa nazionale e provinciale in materia e la relativa tempistica di pubblicazione e di aggiornamento.

Come definito nel Piano provinciale per la trasparenza, approvato con deliberazione della Giunta provinciale n. 1033 del 30 giugno 2017, con riferimento alla tempistica indicata per ciascun obbligo di pubblicazione si precisa che:

- a) per “aggiornamento tempestivo”, si intende la pubblicazione nel più breve tempo possibile ed in ogni caso entro un termine massimo di venti giorni decorrenti dal momento in cui il documento, il dato o l'informazione rientri nella disponibilità della struttura competente (ossia della struttura responsabile della raccolta e trasmissione);
- b) per “aggiornamento trimestrale, semestrale, annuale”, si intende la pubblicazione entro il termine massimo di trenta giorni decorrenti dalla scadenza, rispettivamente del trimestre, del semestre, dell'annualità successivi ai precedenti aggiornamenti.

Le pagine della sezione del sito sono costantemente aggiornate e progressivamente integrate con i dati e le informazioni resi disponibili dagli uffici competenti.

La responsabilità di garantire la completezza dei dati, dei quali è prevista la pubblicazione sul sito APSS e del loro tempestivo aggiornamento, è in capo ai dirigenti delle strutture individuate nell'allegato C: gli stessi si avvalgono di referenti operativi, che si interfacciano direttamente con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ferma restando la responsabilità del dirigente, anche ai fini dell'esercizio delle competenze del Nucleo di valutazione e per gli eventuali riflessi sulla retribuzione di risultato.

I Responsabili della pubblicazione dei dati individuati nell'elenco degli obblighi di pubblicazione (allegato C) sono tenuti, entro il mese di ottobre, a produrre al RPCT gli esiti dell'attività di monitoraggio svolta sugli adempimenti di competenza.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza controlla periodicamente la tempestività degli aggiornamenti, collabora con le strutture aziendali responsabili della pubblicazioni per agevolarne l'operato e segnala ove occorra ai responsabili la necessità di implementare la pubblicazione dei dati in caso di omissioni o ritardi.

Nella medesima tabella C sono elencate ulteriori misure di trasparenza, aggiuntive rispetto agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa nazionale e provinciale, concordate con la direzione aziendale.

Per ogni nuova misura sono indicati i dipartimenti ed i servizi responsabili della trasmissione, dell'aggiornamento e della pubblicazione dei dati e la relativa tempistica di pubblicazione.

I dati relativi alle nuove misure di trasparenza saranno pubblicati nella sezione “**Altri contenuti - dati ulteriori**” della sezione “*Amministrazione trasparente*”. Della pubblicazione sarà data altresì evidenza nelle rispettive sezioni di riferimento.

2.3.21.2 Monitoraggio sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione

Il Responsabile della trasparenza effettua le necessarie verifiche dei dati contenuti nelle sezioni dell'area “*Amministrazione trasparente*”, ai fini di assicurare la loro completezza e regolarità e suggerire eventuali modifiche o integrazioni alle strutture competenti.

Ai fini di garantire il raggiungimento degli obiettivi in materia di trasparenza, l'RPCT svolge l'attività di monitoraggio sull'applicazione delle disposizioni nazionali e provinciali in materia di trasparenza attraverso:

- verifiche sui dati, documenti e informazioni pubblicati nelle sotto-sezioni della sezione “*Amministrazione trasparente*”;
- il confronto con i responsabili della individuazione, produzione, elaborazione e della pubblicazione dei dati nel corso degli incontri di monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e degli obblighi di pubblicazione.

A partire dal 2021, si è ritenuto utile integrare le modalità del monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione tramite la l'attestazione all'RPCT dello stato di attuazione degli obblighi di competenza da parte dei Responsabili della individuazione, produzione, elaborazione e della pubblicazione dei dati, secondo un modello appositamente predisposto.

I Responsabili devono fornire, per ciascun obbligo di competenza, tutte le informazioni utili al monitoraggio, evidenziando eventuali criticità riscontrate nell'adempimento. Per i casi di mancato adempimento o adempimento parziale saranno valutate e concordate con il Responsabile della trasparenza le azioni e la tempistica per il rientro.

2.3.21.3 Compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza assicura l'esercizio dell'istituto dell'accesso civico, secondo le modalità previste dall'articolo 4 della legge provinciale sulla trasparenza, ed esercita gli ulteriori compiti di promozione, coordinamento, monitoraggio e verifica necessari a garantire l'applicazione delle disposizioni provinciali e statali (ove applicabili) in materia di trasparenza e del Piano aziendale per l'attuazione della trasparenza.

In particolare, impartisce le necessarie indicazioni ai dirigenti delle strutture aziendali tenuti a garantire la pubblicazione dei dati di rispettiva competenza, e verifica l'effettivo adempimento nei tempi previsti.

Ai sensi dell'articolo 5 comma 4 della legge provinciale n. 4/2014, in caso di inadempimento, anche parziale, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ha l'obbligo di farne segnalazione all'Ufficio per i procedimenti disciplinari e al Nucleo di Valutazione per i provvedimenti di rispettiva competenza. Segnala, poi, al Nucleo di valutazione della dirigenza, i casi di inadempimento per i quali sono previste sanzioni amministrative.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza assicura, inoltre, supporto al Nucleo di Valutazione della dirigenza in funzione di organismo indipendente di valutazione (OIV), ai fini dell'attestazione annuale dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione individuati con provvedimento dell'ANAC.

2.3.21.4 Nucleo di Valutazione: compiti in materia di trasparenza e raccordo con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza

Al Nucleo di Valutazione spetta, ai sensi dell'articolo 2 comma 8 della legge provinciale sulla trasparenza, l'attestazione annuale dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza che a livello nazionale sono demandati agli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) sugli specifici adempimenti individuati da ANAC.

A tal fine, il Nucleo di Valutazione aziendale si coordina con il RPCT, che fornisce allo stesso gli elementi conoscitivi necessari per tale adempimento. Il RPCT si attiva, inoltre, in caso di accertati inadempimenti rilevati nella sua attività di monitoraggio, nei confronti dei dirigenti competenti alla trasmissione dei dati richiesti dalla sezione Anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O.: in tali casi, informata la direzione aziendale, il RPCT segnala alla struttura competente in materia di procedimenti disciplinari e al Nucleo di valutazione il mancato o incompleto adempimento per l'adozione dei provvedimenti di competenza, ivi compresa la valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato. Oltre a ciò, l'RPCT segnala al Nucleo di valutazione i casi di inadempimento per i quali sono

previste sanzioni amministrative.

2.3.21.5 Sanzioni

Ai sensi dell'art. 46, comma 1, del d.lgs. n. 33/2013, l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione e il rifiuto, differimento e limitazione dell'accesso civico al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 5-bis costituiscono elemento di valutazione negativa della responsabilità dirigenziale a cui applicare la sanzione di cui all'articolo 47, comma 1-bis, ed eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione, valutata ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. Il medesimo articolo dispone che il responsabile non risponde dell'inadempimento degli obblighi di cui al comma 1 se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

Le sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza sono elencate all'art. 47 del D. Lvo 33/2013, che prevede:

- al comma 1, una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione delle informazioni e dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione in carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti affini entro il secondo grado, nonché di tutti i compensi cui da diritto l'assunzione della carica. Il provvedimento sanzionatorio è pubblicato sul sito internet dell'amministrazione;
- al comma 1-bis, che *"La sanzione di cui al comma 1 si applica anche nei confronti del dirigente che non effettua la comunicazione ai sensi dell'articolo 14, comma 1-ter, relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica. Nei confronti del responsabile della mancata pubblicazione dei dati di cui al medesimo articolo si applica una sanzione amministrativa consistente nella decurtazione dal 30 al 60 per cento dell'indennità di risultato, ovvero nella decurtazione dal 30 al 60 per cento dell'indennità accessoria percepita dal responsabile della trasparenza, ed il relativo provvedimento è pubblicato nel sito internet dell'amministrazione o dell'organismo interessati. La stessa sanzione si applica nei confronti del responsabile della mancata pubblicazione dei dati di cui all'articolo 4-bis, comma 2" (pubblicazione dei dati relativi ai pagamenti effettuati).*

Con riferimento agli obblighi di pubblicazione previsti dall'articolo 14 del D.lgs. n. 33/2013, il Decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 (decreto "Milleproroghe"), ha disposto che, fino al 31 dicembre 2020 nelle more dell'adozione di un regolamento ministeriale che individui i dati previsti dall'art. 14, comma 1 che devono essere pubblicati con riferimento ai titolari di incarichi amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, ai soggetti di cui all'articolo 14, comma 1-bis, del d.lgs. n. 33/2013, **non si applicano le misure sanzionatorie previste dagli articoli 46 e 47 del medesimo decreto legislativo.**

Con l'ultimo Decreto Milleproroghe, (Decreto-legge 31 dicembre 2025, n. 200), il termine entro il quale dovrà essere adottato il regolamento interministeriale sull'applicazione dell'articolo 14 alla dirigenza è slittato al 2026 e fino ad allora sono sospese le sanzioni ad esso collegate.

Ai sensi dell'art. 12, punto 12.4, della delibera ANAC n. 261/2023, la violazione degli obblighi di trasmissione alla Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) dei dati relativi agli appalti di lavori, servizi e forniture di cui all'articolo 23, comma 5, del codice da parte delle stazioni appaltanti e degli enti concedenti è sanzionata ai sensi dell'articolo

222, commi 9 e 13, del codice medesimo.

La delibera ANAC n. 264/2023 precisa inoltre che per l'inadempimento anche parziale della pubblicazione dei dati in "Amministrazione trasparente" si applicano gli articoli 43 e 46 del decreto trasparenza e che la mancata trasmissione alla BDNCP da parte del soggetto responsabile dell'elaborazione dei dati e delle informazioni comporta l'applicazione degli articoli 43 e 46 del decreto trasparenza.

2.3.21.6 Trasparenza e privacy

La pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti prevista dalla normativa sulla trasparenza deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e D.Lgs. n. 196/2003).

Le strutture aziendali responsabili della pubblicazione devono pertanto effettuare un'attività di bilanciamento degli interessi tra i due diritti coinvolti: il diritto all'informazione del cittadino da una parte e il diritto alla riservatezza della persona fisica dall'altra.

Prima di procedere alla pubblicazione sul sito web è necessario:

- individuare se esiste un presupposto di legge o di regolamento che legittima la diffusione del documento contenente i dati personali;
- verificare, caso per caso, se i dati personali contenuti nel documento sono necessari rispetto alle finalità della pubblicazione ed eventualmente oscurare determinate informazioni, tenendo sempre presente l'importante principio di minimizzazione dei dati personali contenuto nel Regolamento UE 2016/679.

L'attività di bilanciamento tra l'obbligo di pubblicazione di determinati provvedimenti previsti dal Testo Unico sulla Trasparenza e il rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali va operata in conformità al provvedimento n. 243 del 15/05/2014 del Garante Privacy che include le *"Linee Guida in materia di trattamento di dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati"*.

In particolare, le linee guida definiscono importanti criteri interpretativi applicabili all'attività di pubblicazione sui propri siti web istituzionali per finalità di trasparenza (o per garantire altri obblighi di pubblicità degli atti amministrativi) di atti e documenti della pubblica amministrazione contenenti dati personali. A titolo esemplificativo, il Garante per la protezione dei dati personali si concentra sulla pubblicazione dei curriculum del personale dipendente, consulenti e collaboratori, ecc.: la pubblicazione dei curriculum non può *"comportare la diffusione di tutti i contenuti astrattamente previsti dal modello europeo, ma solo di quelli pertinenti rispetto alle finalità di trasparenza perseguite. Prima di pubblicare sul sito istituzionale i curricula, il titolare del trattamento dovrà pertanto operare un'attenta selezione dei dati in essi contenuti, se del caso predisponendo modelli omogenei e impartendo opportune istruzioni agli interessati. In tale prospettiva, sono pertinenti le informazioni riguardanti i titoli di studio e professionali, le esperienze lavorative (ad esempio, gli incarichi ricoperti), nonché ulteriori informazioni di carattere professionale (si pensi alle conoscenze linguistiche oppure alle competenze nell'uso delle tecnologie, come pure alla partecipazione a convegni e seminari oppure alla redazione di pubblicazioni da parte dell'interessato). Non devono formare, invece, oggetto di pubblicazione i dati eccedenti, quali ad esempio i recapiti personali oppure il codice fiscale degli interessati, ciò anche al fine di ridurre il rischio di c.d. furti di identità."*

In generale, anche nella stesura dei testi delle deliberazioni e determinazioni aziendali (atti pubblici oggetto di pubblicazione ai sensi della legge provinciale n. 23/1992), le singole

strutture devono tenere presente che eventuali dati personali contenuti nelle stesse devono essere limitati e strettamente necessari rispetto alle finalità della pubblicazione: si ricorda, per esempio, che possono essere pubblicati i nominativi dei consulenti e dei dirigenti o dei partecipanti a concorsi e selezioni inseriti nelle graduatorie ma non i dati relativi a luogo e data di nascita.

In data 4 dicembre 2020 (rep. int. n. 21752) sono state approvate le *“Linee guida per la redazione e la gestione delle deliberazioni e delle determinazioni”*, allo scopo di fornire alle strutture aziendali indicazioni sulla stesura dei testi dei provvedimenti che, come stabilito dall'articolo 31 della legge provinciale sulla attività amministrativa, sono atti pubblici.

Con deliberazione del direttore generale n. 605/2013, è stabilito in 5 anni dalla data di adozione il termine massimo di pubblicazione delle deliberazioni e delle determinazioni sul sito web dell'Azienda.

2.3.21.7 Diritto di accesso civico

L'art. 5 del d.lgs. 33/2013, accanto al previgente accesso civico che consente a chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati per i quali è prevista la pubblicazione ai sensi di legge, nei casi in cui sia stata omessa la pubblicazione da parte dell'amministrazione, disciplina una nuova tipologia di accesso civico che si configura come molto più estesa in quanto riconosce a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso a dati, documenti e informazioni 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.

Il successivo articolo 5 -bis definisce i casi di esclusione e i limiti all'accesso civico e dispone l'adozione di linee guida recanti indicazioni operative da parte dell'ANAC.

L'APSS ha dato applicazione all'istituto di accesso civico “generalizzato”, sulla base delle *“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”* approvate dall'ANAC con delibera n. 1309 del 28/12/2016, aggiornando la pagina web della sezione “Amministrazione trasparente” e pubblicando la modulistica per la formulazione delle richieste di accesso da parte degli interessati.

Sul piano operativo si è deciso di accentrare la ricezione e gestione delle richieste di accesso civico generalizzato, presso l'Ufficio Rapporti con il Pubblico (URP), per garantire il rispetto della tempistica di risposta prevista dalla legge e il monitoraggio centralizzato delle richieste pervenute. A tal scopo è stato attivato un apposito registro nel sistema di protocollo aziendale per l'annotazione delle richieste pervenute.

Sulla base del numero contenuto di istanze di accesso civico semplice e generalizzato pervenute nel primo anno di applicazione dell'istituto, si è successivamente convenuto di mantenere in capo all'URP la gestione delle richieste ma, nel contempo, si è ritenuto utile, mediante l'adozione a settembre 2017 della *“Procedura per la gestione dell'accesso civico”*, fornire le informazioni necessarie sull'istituto a tutte le strutture aziendali potenzialmente interessate.

Allo scopo di dare piena attuazione alla delibera n. 1309/2016 con la quale ANAC ha sottolineato l'opportunità che sia istituito presso ogni amministrazione un registro delle richieste di accesso presentate – il “cd. registro degli accessi” – per tutte le tipologie di accesso (accesso civico semplice, accesso civico generalizzato e accesso documentale) è stato introdotto il nuovo registro degli accessi gestito nel programma di gestione documentale Pitre e basato sull'utilizzo di “fascicoli tipizzati”. A novembre 2018 è stata

aggiornata la procedura per la gestione dell'accesso civico, al fine di dare adeguata informazione alle strutture aziendali coinvolte.

Per ogni istanza di accesso è necessario creare in PItre uno specifico fascicolo, con classificazione *1.9.7 Accesso ai documenti*, nell'ambito delle seguenti tipologie:

1. accesso agli atti o accesso documentale (tipologia fascicolo "Accesso documentale");
2. accesso civico generalizzato e accesso civico semplice (tipologia fascicolo "Accesso generalizzato e civico");
3. accesso dei consiglieri provinciali (tipologia fascicolo "Accesso dei consiglieri provinciali").

L'elenco delle richieste di accesso è aggiornato con cadenza semestrale, come indicato nell'Allegato 1 delle Linee Guida A.N.A.C. – Delibera n. 1309/2016.

Nell'ambito del monitoraggio condotto sul rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza, ai fini di richiamare le strutture aziendali ad una puntuale applicazione della "Procedura per la gestione dell'accesso civico", con nota Rep. Int. 12542 del 19/07/2022 del Responsabile per la Trasparenza, si è provveduto a ritrasmettere la procedura evidenziandone gli aspetti fondamentali.

Come indicato nel paragrafo "Sanzioni", il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 5-bis, costituiscono elemento di valutazione negativa della responsabilità dirigenziale a cui applicare la sanzione di cui all'articolo 47, comma 1-bis ed eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione, valutata ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Allegati della parte integrante della sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO

Tabella dei processi, rischi e misure per la prevenzione della corruzione

Tabella dei processi, rischi e misure per i servizi veterinari

Tabella degli obblighi di pubblicazione

Aggiornamento della sezione "Anticorruzione e trasparenza" del PIAO 2025-2027

La sezione Anticorruzione e trasparenza del PIAO di APSS si ispira al Piano Nazionale anticorruzione e ss.aa. e alle indicazioni fornite dall'Autorità nazionale anticorruzione (A.N.A.C.) o da altri atti d'indirizzo relativi a materie di competenza della Provincia Autonoma di Trento.

Il documento è dinamico ed è soggetto ad aggiornamento periodico almeno annuale; per ogni segnalazione è possibile riferirsi al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (anticorruzione@apss.tn.it)

Elenco degli aggiornamenti:

Versione	Autore	Commento/sintesi aggiornamenti	Approvazione
Finale – Rev. 0	Resp.Prev.Corrruzione Servizio di Audit	Adozione Piano	Deliberazione Direttore Generale n. 413 dd. 23.07.2013
Finale – Rev. 1	Resp.Prev.Corrruzione Servizio di Audit	Aggiornamento alle indicazioni del PNA	Deliberazione Direttore Generale n. 35 dd. 30.01.2014
Finale – Rev. 2	Resp.Prev.Corrruzione Servizio di Audit	Aggiornamento Piano	Deliberazione Direttore Generale n. 25 dd. 28.01.2015
Finale – Rev. 3	Resp.Prev.Corrruzione Servizio di Audit	Aggiornamento indicazioni PNA determina ANAC n. 12 28/10/2015	Deliberazione Direttore Generale n. . 57 del 29/01/2016
Finale – Rev. 4	Resp.Prev.Corrruzione/ Responsabile Trasparenza/ Servizio di Audit	Aggiornamento Piano	Deliberazione Direttore Generale n. 51 del 30/01/2017
Finale – Rev. 5	Resp.Prev.Corrruzione/ Responsabile trasparenza/ Internal Auditing	Aggiornamento Piano	Deliberazione Direttore Generale n. 44 del 31/01/2018
Finale – Rev. 6	Resp.Prev.Corrruzione/ Responsabile Trasparenza/ Internal Auditing	Aggiornamento Piano	Deliberazione Direttore Generale n. 45 del 29/01/2019
Finale – Rev. 7	Resp.Prev.Corrruzione/ Responsabile Trasparenza/ Internal Auditing	Aggiornamento Piano	Deliberazione Direttore Generale n. 35 del 29/01/2020
Finale – Rev. 8	Resp.Prev.Corrruzione/ Responsabile Trasparenza/ Internal Auditing	Aggiornamento Piano	Deliberazione Direttore Generale n. 168 del 25/03/2021
Finale – Rev. 9	Resp.Prev.Corrruzione/ Responsabile Trasparenza	Aggiornamento sezione del P.I.A.O.	Deliberazione Direttore Generale n. 236 del 28/04/2022
Finale – Rev. 10	Resp.Prev.Corrruzione/ Responsabile Trasparenza	Aggiornamento sezione del P.I.A.O.	Deliberazione Direttore Generale n. 238 del 30/03/2023

Finale – Rev. 11	Resp.Prev.Corrruzione Trasparenza	Aggiornamento sezione del P.I.A.O.	Deliberazione Consiglio di direzione n. 4 del 29/12/2023
Finale – Rev. 12	Resp.Prev.Corrruzione Trasparenza	Aggiornamento sezione del P.I.A.O.	Deliberazione Consiglio di direzione n. 3 del 30/12/2024

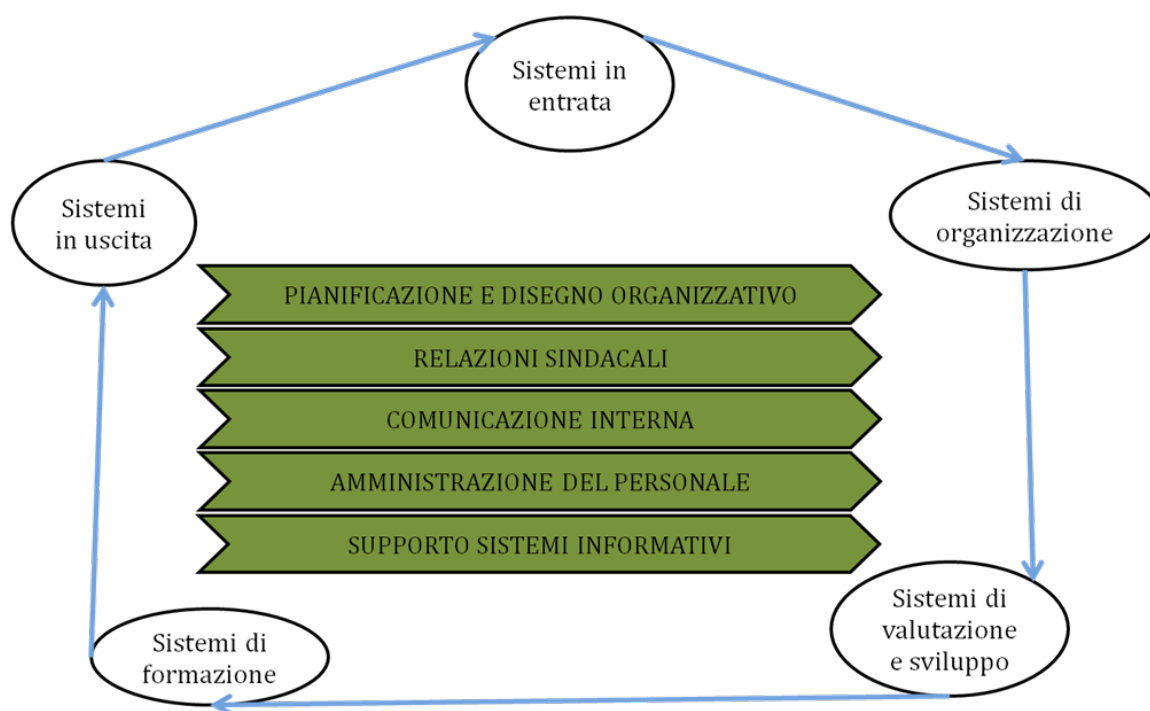
SEZIONE 3: ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Strategie di sviluppo del piano

La sezione Organizzazione e capitale umano mette in atto strategie di definizione e realizzazione degli obiettivi inerenti l'area del personale, che a vario titolo presta servizio in APSS, secondo un approccio per processo.

In coerenza con questo approccio, gli obiettivi della presente sezione trovano collocazione all'interno dei sistemi di gestione e valorizzazione del personale che sono qui raffigurati con un'impostazione di alto livello, che segue il ciclo di vita del lavoratore.

Gli obiettivi sono riconducibili ad uno o più sistemi di gestione del personale, in un'ottica trasversale che esce dai confini dei singoli servizi, a favore di un pensiero più globale.



RAPPRESENTAZIONE DEI SISTEMI DI GESTIONE DEL PERSONALE

A seconda delle priorità, vengono approfonditi i sistemi di gestione del personale che sono interessati da specifici obiettivi.

La struttura del piano è finalizzata a rappresentare i diversi sistemi di gestione che lo compongono; in un orizzonte temporale di medio termine, i singoli sistemi possono trovare annualmente un coinvolgimento e una rappresentazione diversa in ragione dell'analisi di priorità svolta con la direzione strategica.

Ciascun sistema di gestione risponde ad un macro-obiettivo che definisce la mission di quel sistema e si compone a sua volta di sottosistemi e processi che danno risposta a tale mission. Ciascun sottosistema può essere interessato da un obiettivo specifico e/o ciascun obiettivo può "investire" più di un sottosistema di gestione del personale.

Di seguito viene esplicitato l'obiettivo macro e i sottosistemi che compongono ciascun sistema di gestione e valorizzazione del personale:

SISTEMA DEL PERSONALE	MACRO OBIETTIVI	PROCESSI, SOTTOSISTEMI e STRUMENTI
SISTEMI IN ENTRATA	Attrarre Allocare Inserire	Reclutamento e selezione Mobilità Inserimento
SISTEMI DI ORGANIZZAZIONE BENESSERE ORGANIZZATIVO	Organizzare Ottimizzare Bilanciare la vita lavorativa e quella privata Stare bene nel proprio contesto lavorativo	Lavoro agile Articolazione orario Part time / orario ridotto Personalizzazione orario Progetti alternativi individuali Comitato Unico di Garanzia
SISTEMI DI VALUTAZIONE E SVILUPPO	Valorizzare Premiare	Sviluppo delle prestazioni individuali Sistema premiante Mappatura delle competenze professionali e manageriali Progressioni di carriera
SISTEMI DI FORMAZIONE	Preparare Sviluppare	Formazione universitaria di base Formazione universitaria avanzata Formazione interna Formazione esterna

Ai sistemi di gestione e valorizzazione del personale, si affiancano in modo trasversale anche i seguenti processi/sistemi:

- la **pianificazione e il disegno organizzativo nel suo complesso**: in particolare la pianificazione riguarda l'analisi dell'andamento demografico del personale, al fine di programmare i fabbisogni del personale in un certo orizzonte temporale, mentre il disegno organizzativo interessa sia la definizione delle strutture caratterizzanti l'organizzazione, sia la coerenza con tutti gli altri sistemi non inerenti il personale (es. strategie aziendali: ospedale policentrico, medicina territoriale, ecc.);
- le **relazioni sindacali**: gestisce i rapporti con le OOSS in merito alle materie inerenti la regolamentazione del rapporto di lavoro tra APSS e il personale;
- la **comunicazione interna**: riguarda le occasioni di diffusione delle informazioni secondo canali prestabiliti;
- l'**amministrazione del personale**: il trattamento economico, giuridico, previdenziale ordinario;
- i **sistemi informativi**: costituiscono un elemento strategico nella crescita dell'organizzazione nella misura in cui permettono di velocizzare e semplificare le procedure, fornire dati aggiornati a supporto delle strategie sul personale e di ottimizzare l'uso delle risorse umane in attività a maggior valore aggiunto.

Un funzionamento attento alla circolarità e reciprocità dei diversi sistemi di gestione del personale contribuisce al trattenimento del personale, quale obiettivo prioritario di sviluppo strategico aziendale.

La cornice che fa da sfondo ai sistemi di gestione del personale, così descritti, è riassunta in due concetti guida per il triennio 2026-2028:

- **valorizzazione del personale;**
- **miglioramento organizzativo continuo.**

In applicazione dei concetti guida, le priorità in tema di organizzazione e capitale umano riguardano una programmazione di stampo trasversale, ovvero priorità che accomunano le strutture organizzative interne ed esterne al dipartimento, nella logica per sistemi e processi RU precedentemente delineata.

Le priorità di programmazione dell'Azienda in materia di organizzazione e capitale umano sono quindi di seguito rappresentate:

Obiettivi triennali del Piano Organizzazione e Capitale Umano

Obiettivo	Attività	Risultato Atteso 2026	Risultato Atteso 2027	Risultato Atteso 2028
CONTRATTAZIONE DECENTRATA DEL COMPARTO E DELLA DIRIGENZA	Contribuire ai tavoli di contrattazione decentrata curando la predisposizione della documentazione necessaria e avvalendosi di dati a sostegno delle proposte avanzate	Proposte su materie di competenza della contrattazione decentrata che diano concretezza alla disciplina prevista dai CCPL, anche in ottica di valorizzazione del personale	\	\
ACP E ACCORDI DECENTRATI IN SEDE AZIENDALE	Contribuire alla definizione dell'accordo provinciale, coordinando i referenti territoriali nella gestione degli istituti connessi e curando le informazioni da fornire agli interessati in modo univoco. Contribuire allo sviluppo delle AFT, supportando i responsabili nel coordinamento del proprio ambito, attraverso supporto metodologico e gestionale.	Proposte in sede di accordo. Incontri strutturati e calendarizzati con i servizi territoriali. Predisposizione di strumenti di informazione diffusi a tutti i servizi territoriali. Incontri periodici con coordinatori di AFT.	\	\
BENESSERE ORGANIZZATIVO	Promuovere iniziative di indagine del clima organizzativo e di approfondimento di dimensioni correlate allo stesso, integrando le componenti aziendali che, a vario titolo, intervengono nella misurazione.	Indagine di clima effettuata Piano di miglioramento approvato	In base ai risultati e al piano, monitoraggio delle variabili che influenzano il clima organizzativo Istituzione gruppo di lavoro permanente sul benessere organizzativo	Implementazione del piano

Oltre agli obiettivi definiti come prioritari, nel PIAO 2026-2028 si prevede il raggiungimento di ulteriori obiettivi, in linea con la programmazione dell'anno precedente. In particolare, gli obiettivi inclusi nel PIAO 2025 che proseguono nel 2026 sono:

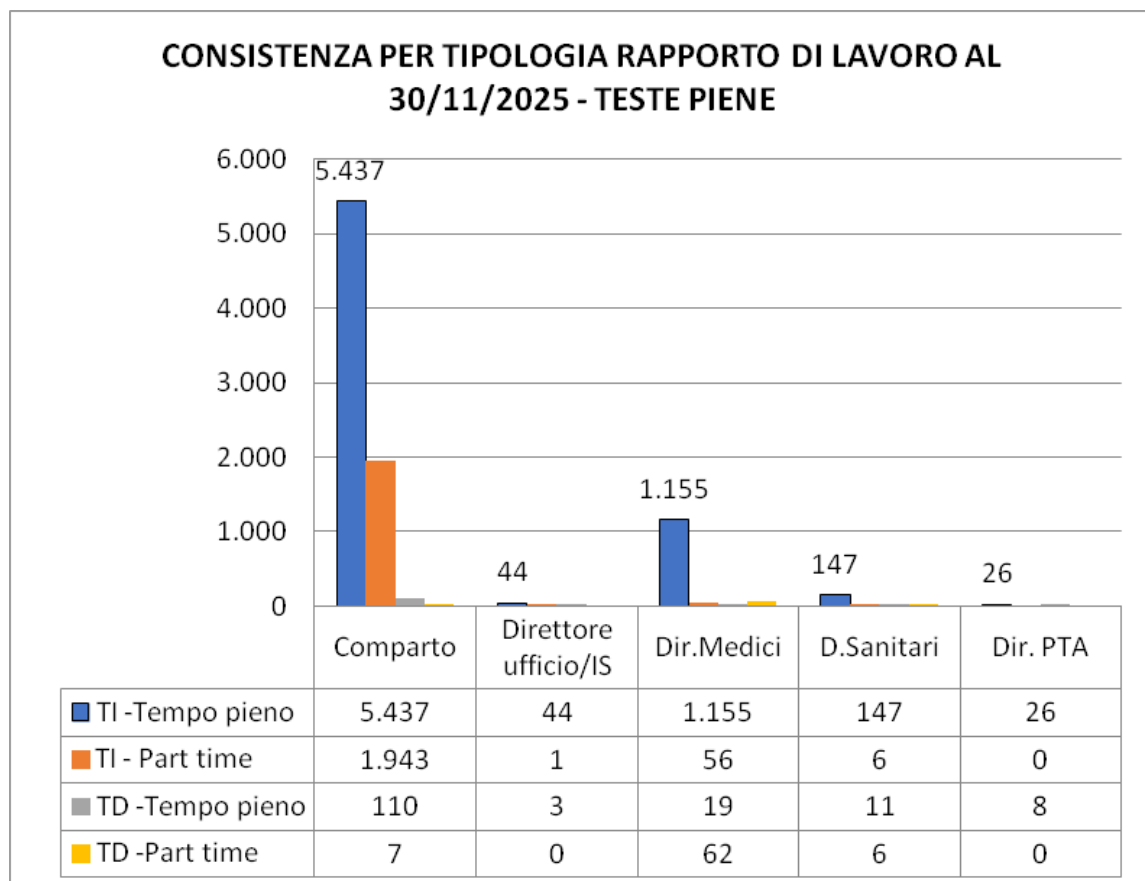
- **lo sviluppo del ruolo di coordinamento delle professioni sanitarie e sociosanitarie.** Con questo obiettivo si intende ideare e mettere in atto un percorso di sviluppo delle competenze dei coordinatori delle professioni sanitarie e socio sanitarie, attraverso la predisposizione di strumenti di sviluppo delle competenze manageriali (profilo di ruolo, valutazione delle competenze, percorsi di sviluppo personalizzati). La progettualità iniziata nel 2025 proseguirà nel 2026 nell'ottica della valorizzazione del personale e del benessere organizzativo;
- **il programma di valutazione e miglioramento delle clinical competence.** Con questo obiettivo si intendono approfondire i risultati della mappatura delle competenze cliniche in alcuni ambiti ritenuti prioritari (chirurgie e ortopedie), al fine di ipotizzare un modello di ottimizzazione della rete ospedaliera basata sui dati di prestazione per struttura e per operatore, integrata con la fotografia dei livelli di autonomia agita;
- **l'introduzione e lo sviluppo delle tecnologie gestionali dei processi Risorse Umane.**

3.1 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

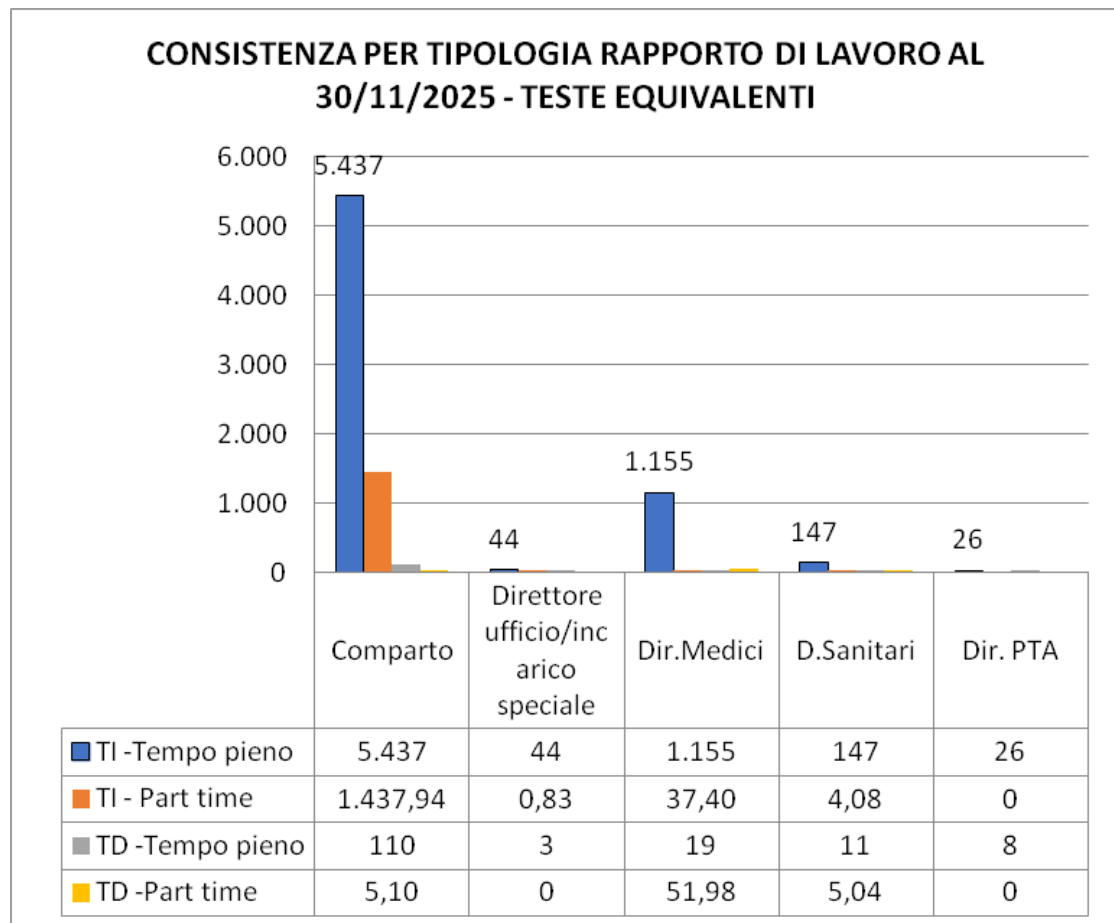
In APSS operano professionisti con rapporto di lavoro dipendente, convenzionato, con incarico libero professionale e altre tipologie contrattuali. Nelle seguenti sezioni si rappresenta la consistenza per ogni categoria.

3.1.1 Dati relativi al personale dipendente (esclusi i dipendenti assunti a tempo determinato per ragioni sostitutive) in servizio al 31/12/2025 (con rilevazione al 30/11/2025)

CONSISTENZA PER TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO AL 30/11/2025 - TESTE PIENE						
Dirigenza/Comparto	Profilo	Tempo indeterminato		Tempo determinato		TOTALE
		Tempo pieno	Part time	Tempo pieno	Part time	
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	674	250	39	5	968
	RUOLO SANITARIO	3.272	1.260	19		4.551
	RUOLO TECNICO	1.491	433	52	2	1.978
COMPARTO TOTALE		5.437	1.943	110	7	7.497
DIRETTORE UFFICIO/INC SPECIALE		44	1	3		48
DIRIGENTI	DIRIGENTE MEDICO	1.155	56	19	62	1.292
	DIRIGENTE SANITARIO	147	6	11	6	170
	DIRIGENTE PROFESSIONALE, TECNICO, AMMINISTRATIVO	26		8		34
DIRIGENTI TOTALE		1.328	62	38	68	1.496
TOTALE COMPLESSIVO		6.809	2.006	151	75	9.041

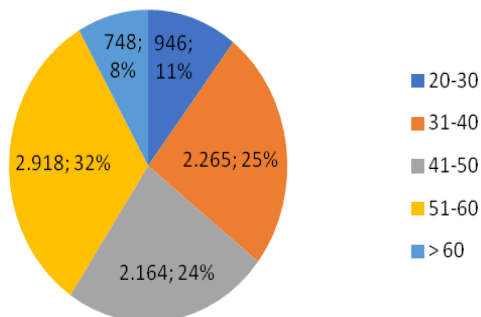


CONSISTENZA PER TIPOLOGIA RAPPORTO DI LAVORO AL 30/11/2025 - TESTE EQUIVALENTI						
Dirigenza/Comparto	Profilo	Tempo indeterminato		Tempo determinato		TOTALE
		Tempo pieno	Part time	Tempo pieno	Part time	
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	674	186,78	39	3,85	903,63
	RUOLO SANITARIO	3.272	934,51	19		4.225,51
	RUOLO TECNICO	1.491	316,65	52	1,25	1.860,90
COMPARTO TOTALE		5.437	1.437,94	110	5,10	6.990,04
DIRETTORE UFFICIO/INC SPECIALE		44	0,83	3	-	47,83
DIRIGENTI	DIRIGENTE MEDICO	1.155	37,40	19	51,98	1.263,38
	DIRIGENTE SANITARIO	147	4,08	11	5,04	167,12
	DIRIGENTE PROFESSIONALE, TECNICO, AMMINISTRATIVO	26		8		34
DIRIGENTI TOTALE		1.328	41,48	38	57,02	1.464,50
TOTALE COMPLESSIVO		6.809	1.480,25	151	62,12	8.502,37

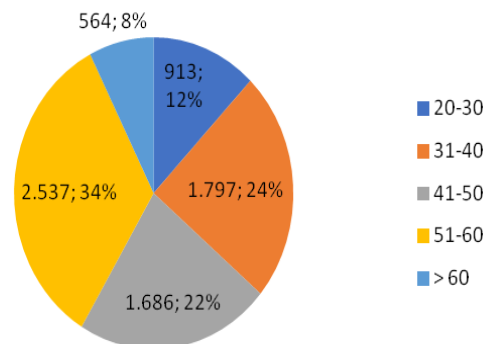


CONSISTENZA PER FASCIA DI ETÀ' AL 30/11/2025 - TESTE PIENE							
Dirigenza/Comparto	Profilo	TOTALE					
		20-30	31-40	41-50	51-60	> 60	TOTALE
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	41	201	229	373	124	968
	RUOLO SANITARIO	806	1.312	893	1.362	178	4.551
	RUOLO TECNICO	66	284	564	802	262	1.978
COMPARTO TOTALE		913	1.797	1.686	2.537	564	7.497
DIRETTORE UFFICIO/INC SPECIALE		0	1	8	31	8	48
DIRIGENTI	DIRIGENTE MEDICO	29	432	402	276	153	1.292
	DIRIGENTE SANITARIO	4	33	59	56	18	170
	DIRIGENTE PROFESSIONALE, TECNICO, AMMINISTRATIVO	0	2	9	18	5	34
DIRIGENTI TOTALE		33	467	470	350	176	1.496
TOTALE COMPLESSIVO		946	2.265	2.164	2.918	748	9.041

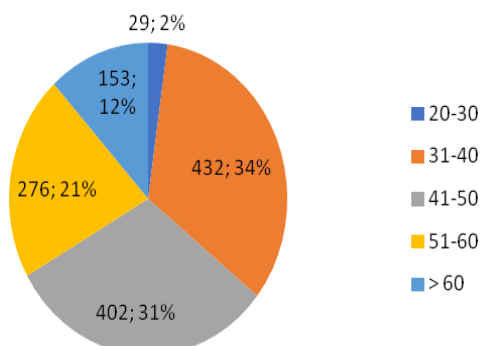
Totale complessivo



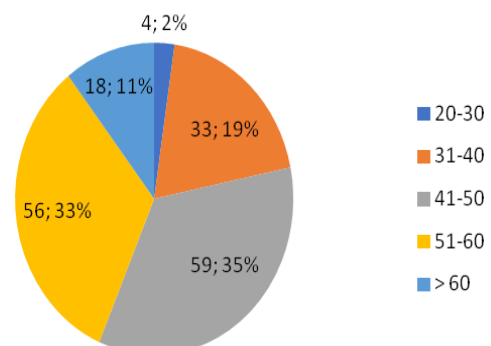
Comparto



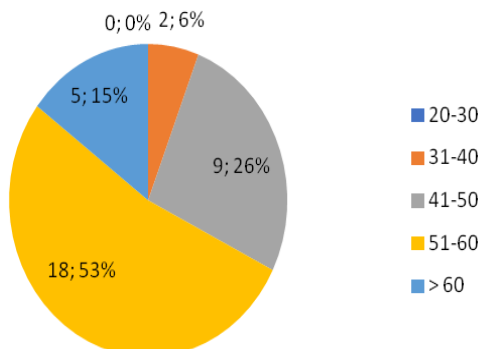
Dir. Medici



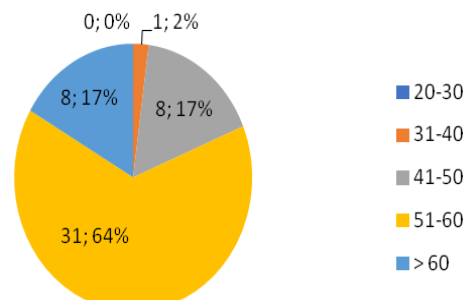
D. Sanitari



Dir. PTA

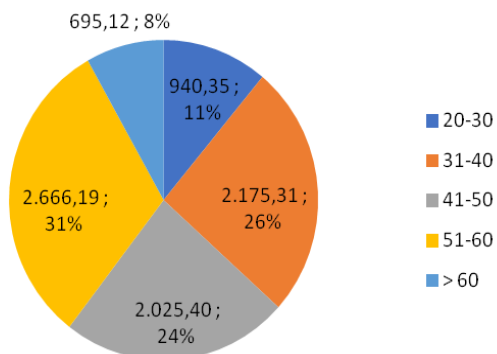


Direttore ufficio/incarico speciale

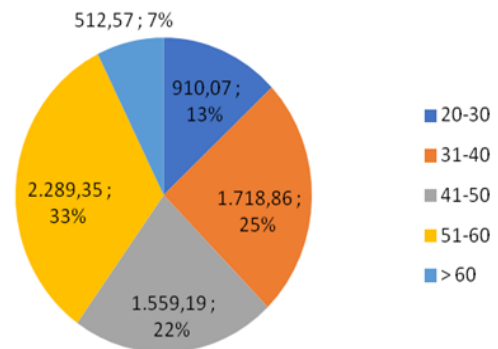


CONSISTENZA PER FASCIA DI ETÀ' AL 30/11/2025 - TESTE EQUIVALENTI						
Dirigenza/C omparto	Profilo	TOTALE				
		20-30	31-40	41-50	51-60	> 60
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	40,04	195,69	216,72	338,48	112,70
	RUOLO SANITARIO	804,03	1.246,33	804,87	1.208,52	161,76
	RUOLO TECNICO	66,00	276,84	537,60	742,35	238,11
COMPARTO TOTALE		910,07	1.718,86	1.559,19	2.289,35	512,57
DIRETTORE UFFICIO/INC SPECIALE		-	1,00	8,00	31,00	7,83
DIRIGENTI	DIRIGENTE MEDICO	26,76	421,25	391,81	271,84	151,72
	DIRIGENTE SANITARIO	3,52	32,20	57,40	56,00	18,00
	DIRIGENTE PROFESSIONALE, TECNICO, AMMINISTRATIVO	-	2,00	9,00	18,00	5,00
DIRIGENTI TOTALE		30,28	455,45	458,21	345,84	174,72
TOTALE COMPESSIVO		940,35	2.175,31	2.025,40	2.666,19	695,12

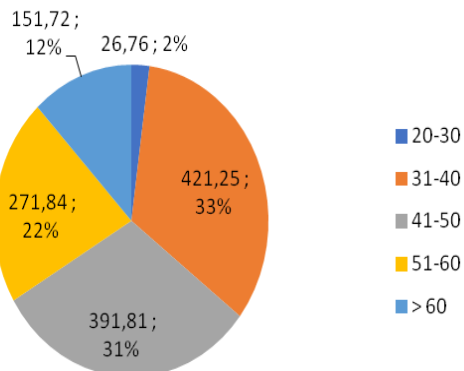
Totale complessivo



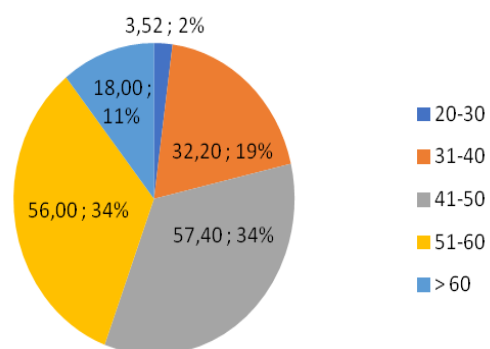
Comparto



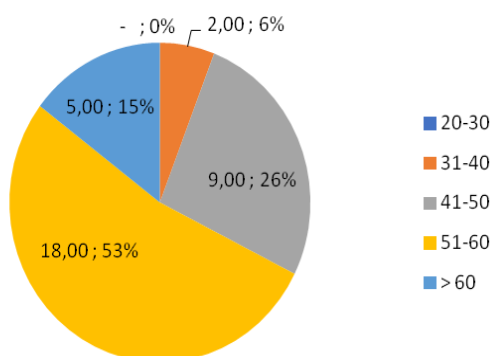
Dir. Medici



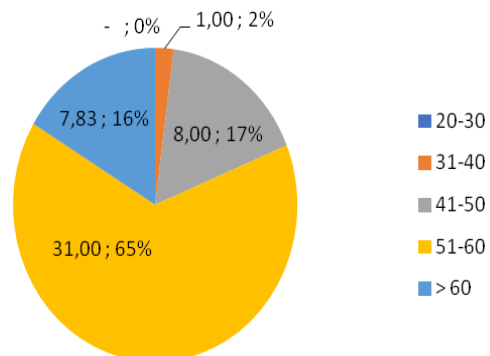
D. Sanitari



Dir. PTA

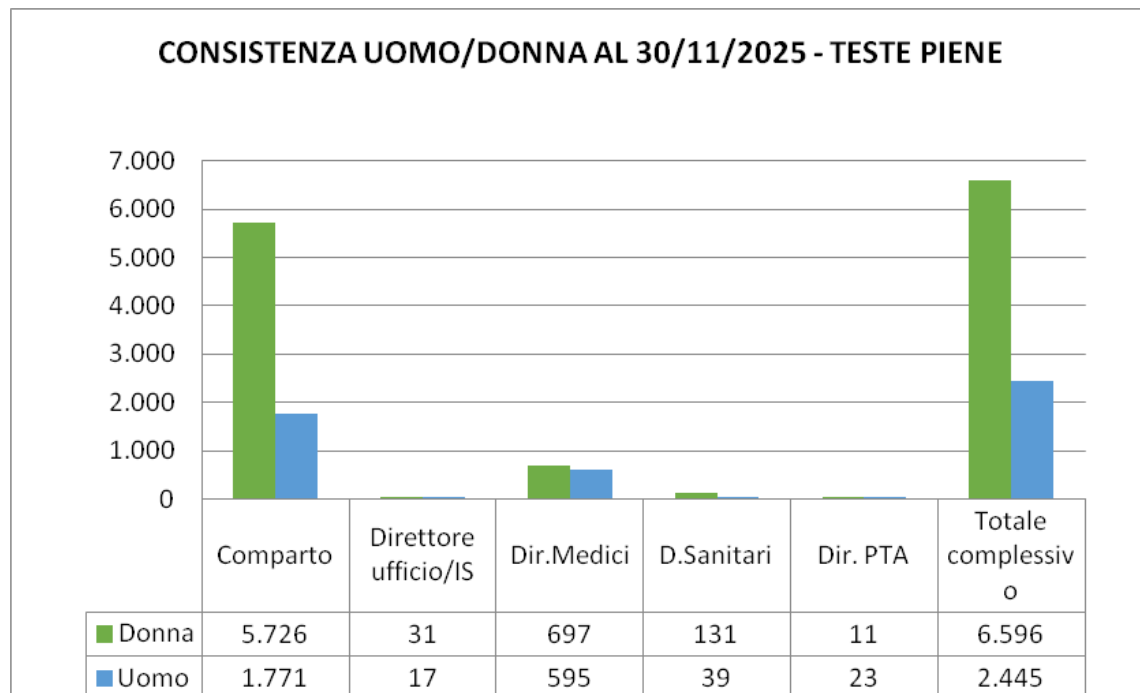


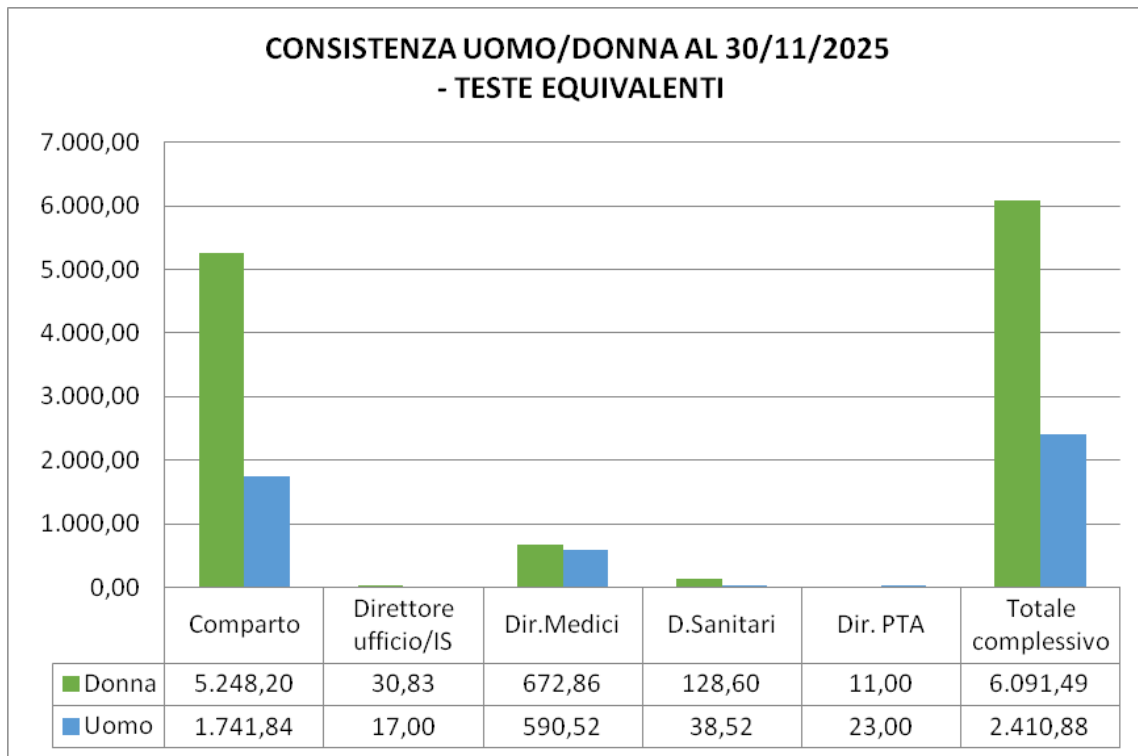
Direttore ufficio/IS



CONSISTENZA UOMO/DONNA AL 30/11/2025 - TESTE PIENE						
Dirigenza/Comparto	Profilo	Donna	Uomo	Totale complessivo	% Donna	% Uomo
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	809	159	968	84%	16%
	RUOLO SANITARIO	3.702	849	4.551	81%	19%
	RUOLO TECNICO	1.215	763	1.978	61%	39%
COMPARTO TOTALE		5.726	1.771	7.497	76%	24%
DIRETTORE UFFICIO/INC SPECIALE		31	17	48	65%	35%
DIRIGENTI	DIRIGENTE MEDICO	697	595	1.292	54%	46%
	DIRIGENTE SANITARIO	131	39	170	77%	23%
	DIRIGENTE PROFESSIONALE, TECNICO, AMMINISTRATIVO	11	23	34	32%	68%
DIRIGENTI TOTALE		839	657	1.496	56%	44%
TOTALE COMPLESSIVO		6.596	2.445	9.041	73%	27%

CONSISTENZA UOMO/DONNA AL 30/11/2025 - TESTE EQUIVALENTI						
Dirigenza/Comparto	Profilo	Donna	Uomo	Totale complessivo	% Donna	% Uomo
COMPARTO	RUOLO AMMINISTRATIVO	748,28	155,35	903,63	83%	17%
	RUOLO SANITARIO	3.389,64	835,87	4.225,51	80%	20%
	RUOLO TECNICO	1.110,28	750,62	1.860,90	60%	40%
COMPARTO TOTALE		5.248,20	1.741,84	6.990,04	75%	25%
DIRETTORE UFFICIO/INC SPECIALE		30,83	17,00	47,83	64%	36%
DIRIGENTI	DIRIGENTE MEDICO	672,86	590,52	1.263,38	53%	47%
	DIRIGENTE SANITARIO	128,60	38,52	167,12	77%	23%
	DIRIGENTE PROFESSIONALE, TECNICO, AMMINISTRATIVO	11,00	23,00	34,00	32%	68%
DIRIGENTI TOTALE		812,46	652,04	1.464,50	55%	45%
TOTALE COMPLESSIVO		6.091,49	2.410,88	8.502,37	72%	28%





3.1.2 Dati relativi al personale convenzionato in servizio al 31/12/2025 (con rilevazione al 18/12/2025)

Medici di assistenza primaria per ambito territoriale

DISTRETTO	AMBITO	DONNE	UOMINI	TOTALE
EST	AMB. 1 DIST. 1 CAVALESE	5	7	12
	AMB. 10 DIST. 4 PERGINE	16	14	30
	AMB. 4 DIST. 2 PRIMIERO	3	2	5
	AMB. 57 DIST. 11 FASSA	1	5	6
	AMB. 6 DIST. 3 BORGO	5	9	14
NORD	AMB. 21 DIST. 5 TRENTO-VALLE LAGHI	36	41	77
	AMB. 26 DIST. 5 ROTALIANA PAGANELLA	12	15	27
	AMB. 29 DIST. 6 CLES	13	5	18
	AMB. 35 DIST. 7 MALÈ	4	6	10
SUD	AMB. 39 DIST. 8 TIONE	10	12	22
	AMB. 46 DIST. 9 RIVA	11	15	26
	AMB. 50 DIST. 10 ROVERETO-ALA	27	28	55
TOTALE		143	159	302

Oltre al personale riportato in tabella sono attivi anche n. 4 medici di medicina generale con incarico provvisorio:

DISTRETTO	AMBITO	DONNE	UOMINI	TOTALE
EST	Nulla da segnalare	0	0	0
NORD	AMB. 21 DIST. 5 TRENTO-VALLE LAGHI	0	1	1
	AMB. 26 DIST. 5 ROTALIANA PAGANELLA	1	0	1
SUD	AMB. 39 DIST. 8 TIONE	1	0	1
	AMB. 50 DIST.10 ROVERETO-ALA	1	0	1
TOTALE		3	1	4

Pediatrati di libera scelta per ambito territoriale

DISTRETTO	AMBITO	DONNE	UOMINI	TOTALE
EST	AMB. 60 DIST. 2 PRIMIERO - PLS	1	0	1
	AMB. 64 DIST. 3 BORGO - PLS	2	1	3
	AMB. 66 DIST. 4 PERGINE - PLS	5	2	7
	AMB.60 DIST. FIEMME FASSA - PLS	2	0	2
NORD	AMB. 71 DIST. 5 TRENTO-PLS TN+V.LAG	14	1	15
	AMB. 73 DIST. 5 TRENTO-PLS ROT+PAGA	5	1	6
	AMB. 75 DIST. 6 - CLES - PLS	4	0	4
	AMB. 77 DIST. 7 MALÈ - PLS	1	0	1
SUD	AMB. 79 DIST. 8 TIONE-PLS	4	1	5
	AMB. 81 DIST. 9 RIVA - PLS	4	2	6
	AMB. 85 DIST.10 ROVERETO-PLS	11	0	11
TOTALE		53	8	61

Oltre al personale riportato in tabella sono attivi anche n. 2 pediatri di libera scelta con incarico provvisorio:

DISTRETTO	AMBITO	DONNE	UOMINI	TOTALE
DISTRETTO EST	AMB.60 DIST. FIEMME FASSA - PLS	1	0	1
DISTRETTO NORD	AMB. 77 DIST. 7 MALÈ - PLS	1	0	1
TOTALE		2	0	2

Medici di continuità assistenziale

DISTRETTO	SEDI	NUMERO MEDICI TOTALE	SUDDIVISI PER TITOLARITA'		SUDDIVISI PER SESSO	
			TITOLARE	NON TITOLARE	MASCHIO	FEMMINA
EST	PREDAZZO	6	0	6	2	4
	SEN JAN DI FASSA	4	0	4	1	3
	TONADICO	7	0	7	3	4
	CEMBRA	3	0	3	3	0
	BORGO VALSUGANA	5	1	4	3	2
	PERGINE VALSUGANA	9	0	9	5	4
NORD	MEZZOLOMBARDO	4	1	3	2	2
	FONDO	4	2	2	2	2
	PELLIZZANO	5	2	3	2	3
	TRENTO	17	1	16	8	9
	CALAVINO	6	3	3	4	2
SUD	BORGO CHIESE	4	0	4	3	1
	PINZOLO	3	0	3	1	2
	COMANO TERME	3	2	1	2	1
	RIVA DEL GARDA	8	3	5	3	5
	VALLAGARINA (ROVERETO, ALA, MORI)	20	1	19	8	12
	FOLGARIA	5	0	5	3	2
TOTALE		113	16	97	55	58

Medici a Ruolo Unico per ambito territoriale

Distretto	AMBITO	DONNE	UOMINI	TOTALE
EST	AMB. 1 DIST. 1 CAVALESE	1	-	1
	AMB. 10 DIST. 4 PERGINE	0	1	1
	AMB. 4 DIST. 2 PRIMIERO	0	1	1
	AMB. 57 DIST. 11 FASSA	0	0	0
	AMB. 6 DIST. 3 BORGO	2	0	2
NORD	AMB. 21 DIST. 5 TRENTO-VALLE LAGHI	3	1	4
	AMB. 26 DIST. 5 ROTALIANA PAGANELLA	1	1	2
	AMB. 29 DIST. 6 CLES	3	2	5
	AMB. 35 DIST. 7 MALÈ	0	0	0
SUD	AMB. 39 DIST. 8 TIONE	1	2	3
	AMB. 46 DIST. 9 RIVA	2	2	4
	AMB. 50 DIST. 10 ROVERETO-ALA	2	1	3
TOTALE		15	11	26

Specialisti ambulatoriali interni e altre professionalità sanitarie

Nella tabella seguente è indicato il numero di specialisti ambulatoriali, suddivisi per branca specialistica e sesso, sede di erogazione della prestazione e n. di ore settimanali assegnate.

BRANCA	N. MEDICI/PROFESSIONISTI			SEDE	ORE SETT.
	TOT.	UO-MINI	DONNE		
ALLERGOLOGIA	3	0	3	OSPEDALE DI TRENTO	90
CARDIOLOGIA	5	2	3	DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	23.30
				DISTRETTO NORD - TRENTO	10.30
				DISTRETTO SUD – VALLAGARINA	87
				OSPEDALE TRENTO – VILLA ROSA	15
CHIRURGIA VASCOLARE	1	1	0	DISTRETTO EST – BASSA VALSUGANA	12
				DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	16
				DISTRETTO NORD – TRENTO	10
DERMATOLOGIA	8	2	6	DISTRETTO EST – VAL DI FEMME	8
				DISTRETTO EST – VAL DI FASSA	20
				DISTRETTO EST – BASSA VALSUGANA	2
				DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	27
				DISTRETTO NORD – TRENTO	25.45
				DISTRETTO NORD – ROTALIANA	14.00
				DISTRETTO SUD – ALTO GARDA	14.00
				DISTRETTO SUD – VALLAGARINA	25.30
				OSPEDALE TRENTO – VILLA IGEA	27.00
DIABETOLOGIA	1	0	1	OSPEDALE TRENTO	38.00
ENDOCRINOLOGIA	1	1	0	DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	6
				DISTRETTO NORD – TRENTO	18.20
FISIATRIA	2	1	1	U.O. RIABILITAZIONE NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	8
				U.O. RIABILITAZIONE – 3	6
				U.O. RIABILITAZIONE – 2	38
GASTROENTEROLOGIA	1	0	1	DISTRETTO NORD – TRENTO	20
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	1	1	0	DISTRETTO NORD – ROTALIANA	16
				DISTRETTO NORD – VAL DI NON	22
MEDICINA DELLO SPORT	4	2	2	DISTRETTO EST – PRIMIERO	2
				DISTRETTO EST – BASSA VALSUGANA	12
				DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	16
				DISTRETTO NORD – TRENTO	16
				DISTRETTO SUD – ALTO GARDA	9
				DISTRETTO SUD – VALLAGARINA	26

NEUROLOGIA	1	0	1	DISTRETTO SUD – ALTO GARDA	8
				OSPEDALE DI ROVERETO	30
OCULISTICA	7	5	2	DISTRETTO EST – VAL DI Fiemme	4
				DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	3
				DISTRETTO NORD – Trento	38
				DISTRETTO NORD – Rotaliana	8
				DISTRETTO NORD – VAL DI NON	11
				DISTRETTO NORD – VAL DI SOLE	4
				DISTRETTO SUD – Giudicarie	18
				DISTRETTO SUD – ALTO GARDA	8
				DISTRETTO SUD – VALLAGARINA	13
				OSPEDALE Trento	35
ODONTOIATRIA	14	7	7	DISTRETTO EST – VAL DI Fiemme	11
				DISTRETTO EST – VAL DI FASSA	5
				DISTRETTO EST – BASSA VALSUGANA	5
				DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	25.30
				DISTRETTO NORD – Trento	55.30
				DISTRETTO NORD – Rotaliana	21.30
				DISTRETTO NORD – VAL DI NON	21
				DISTRETTO SUD – Giudicarie	6
				DISTRETTO SUD – ALTO GARDA	75.30
				DISTRETTO SUD – VALLAGARINA	40.30
				OSPEDALE Trento	1
				CARCERE Trento	7
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	5	0	5	DISTRETTO EST – BASSA VALSUGANA	24
				DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	5
				DISTRETTO NORD – Trento	16
				DISTRETTO SUD – VALLAGARINA	25
				U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA	8
OTORINOLARINGOIATRIA	4	3	1	DISTRETTO EST – VAL DI Fiemme	10
				DISTRETTO EST – VAL DI FASSA	4
				DISTRETTO EST – BASSA VALSUGANA	20
				DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	8
				DISTRETTO NORD – Trento	22
				DISTRETTO NORD – Rotaliana	10
				DISTRETTO NORD – VAL DI NON	8
				DISTRETTO SUD – Giudicarie	16
				DISTRETTO SUD – ALTO GARDA	23
				OSPEDALE ROVERETO	15

PSICHIATRIA	2	1	1	U.O. PSICHIATRIA	22
				U.O. PSICHIATRIA EST	8
PSICOLOGIA	13	4	9	DISTRETTO NORD – TRENTO	36.30
				SERD	18
				U.O.M. RIABILITAZIONE 2	12
				PSICOLOGIA EVOLUTIVA PRIMIERO	20
				CDCA	36
				PSICOLOGIA CARCERE	61
				REMS PERGINE	8
				NEUROCHIRURGIA	26
				NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	40
				U.O. PSICHIATRIA TRENTO	30
				U.O. NEUROLOGIA – SEDI VARIE	30
PSICOTERAPIA	1	0	1	REMS	20
REUMATOLOGIA	6	1	5	DISTRETTO EST – VAL DI Fiemme	4
				DISTRETTO EST – ALTA VALSUGANA	5
				DISTRETTO SUD – GIUDICARIE	6
				OSPEDALE DI TRENTO	56
				OSPEDALE DI ARCO	8
				OSPEDALE DI ROVERETO	26
				OSPEDALE DI CAVALESE	4
				CSS – TRENTO	8
				CROSINA SARTORI	34

In APSS, oltre al personale dipendente e convenzionato, al 30/11/2025, operavano n. 187 collaboratori esterni così suddivisi:

- n. 59 unità di personale somministrato dell'area del comparto;
- n. 127 dirigenti libero professionisti di cui 7 su progetto;
- n. 1 incarico di co.co.co. dell'area della dirigenza.

Erano inoltre presenti:

- n. 16 comandati in entrata;
- n. 22 professori universitari;
- n. 2 ricercatori universitari.

3.2 ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE

In APSS il lavoro agile/smart working è stato introdotto in via sperimentale su alcuni dirigenti, già a partire dall'anno 2017, sulla base dell'art. 18 della Legge 22 maggio 2017, n. 81.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 627 del 27 dicembre 2018, visti i risultati positivi della sperimentazione, sono state approvate le linee guida per la sperimentazione del lavoro agile/smart working, rivolta a direttori, dirigenti, direttori di ufficio, titolari di incarico speciale e a tutti coloro che avessero ricoperto ruoli di coordinamento o comunque in possesso di un elevato livello di autonomia, compatibilmente con le esigenze del servizio di appartenenza.

Durante la pandemia da COVID-19, come in tutte le amministrazioni, il ricorso al lavoro agile è stato potenziato ed esteso: la disciplina emergenziale – adottata con Deliberazione del Direttore Generale n. 123 del 09 marzo 2020 – è stata più volte prorogata ed aggiornata, in coerenza ai termini relativi all'emergenza sanitaria, da ultimo con Deliberazione del Direttore Generale n. 423 del 23 luglio 2021.

Successivamente, con deliberazione n. 1476 del 03 settembre 2021, la Giunta provinciale, nell'esercizio della propria competenza primaria derivante dallo statuto in materia di organizzazione e personale, ha approvato il Piano strategico di legislatura per la promozione del lavoro agile presso i datori di lavoro pubblici e privati della provincia di Trento (di seguito: Piano strategico), che tiene luogo del Piano organizzativo del lavoro agile (P.O.L.A.), vigente a livello nazionale.

Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 1735 del 25 ottobre 2021 sono state definite le prime misure attuative e con deliberazione della Giunta Provinciale n. 364 del 18 marzo 2022, l'A.P.Ra.N. è stata incaricata di uniformare alcuni istituti giuridici del contratto dell'area non dirigenziale del comparto sanità a quanto previsto nel CCPL del Comparto Autonomie locali.

Nelle more della sottoscrizione degli accordi contrattuali, l'APSS è intervenuta con una disciplina transitoria al fine di uniformare l'attività lavorativa svolta in modalità agile a quanto previsto per il personale della Provincia autonoma di Trento quale ente promotore del Piano strategico di legislatura, mantenendo al contempo continuità con il percorso aziendale intrapreso. La disciplina transitoria, adottata con Deliberazione del Direttore Generale n. 228 del 28 aprile 2022, è stata più volte aggiornata e prorogata, da ultimo con Deliberazione del Direttore Generale n. 845 del 21 dicembre 2023 dal 01 gennaio 2024 e fino alla sottoscrizione di accordo contrattuale in materia limitatamente allo specifico comparto di contrattazione o altra disposizione aziendale.

Per il personale cui è direttamente applicabile, è tuttavia fatta salva la disciplina prevista dall'art. 4 dell'Accordo per il rinnovo del CCPL del personale dell'Area della dirigenza e segretari comunali del Comparto Autonomie Locali di data 29 ottobre 2018 e dall'art. 5 dell'Accordo per la chiusura della parte economica del CCPL 2019/2021 per i Direttori della Provincia Autonoma di Trento e dei suoi enti strumentali di data 08 febbraio 2023, nonché dalle disposizioni provinciali in materia

Il vigente disciplinare aziendale sul lavoro agile / smart working è attualmente disponibile al link: <https://intranet.APSS.tn.it/dipartimenti-tecnico-amministrativi/dip-ru/sas/smart-working/disciplinare-di-cui-alla-deliberazione-845-2023.pdf/view>

Il Personale Coinvolto

Prima del 2020 lo strumento del lavoro agile/smart working era riservato al personale che, per il ruolo ricoperto, fosse dotato di funzioni di responsabilità e di un elevato livello di autonomia e coinvolgeva, pertanto, poche unità. Con l'esplosione della pandemia da COVID-19, la prestazione lavorativa svolta in lavoro agile/smart working è stata resa disponibile a tutte le figure professionali in ambito aziendale, compatibilmente con le mansioni svolte dal lavoratore e in accordo con il proprio responsabile, estendendo in modo esponenziale il bacino di fruitori.

Lo smart working costituisce ad oggi uno strumento a piena disposizione del personale aziendale, in attesa della disciplina a regime risultante dagli accordi stipulati in sede di contrattazione collettiva.

In totale, dall'introduzione in ambito aziendale fino al 30 novembre 2025, più di 1.800 lavoratori/lavoratrici dell'APSS hanno usufruito dello strumento del lavoro agile.

Per garantire un accesso ragionato allo smart working e la necessaria soddisfazione delle esigenze dell'utenza, è opportuno individuare quali attività possano essere svolgibili senza la necessaria presenza del lavoratore presso la sede lavorativa. Si pone come necessario presupposto che, fatti salvi casi particolari espressamente previsti nella disciplina aziendale, va assicurata la prevalenza, per ciascun lavoratore, dell'esecuzione della prestazione lavorativa in presenza, eventualmente disponendo, ove se ne ravvisasse la necessità per garantire la continuità di servizio, un'adeguata rotazione del personale che può prestare lavoro in modalità agile.

Resta assodato che lo svolgimento della prestazione di lavoro in modalità agile non deve pregiudicare o ridurre in alcun modo la fruizione dei servizi a favore degli utenti, venendo meno, in tal caso, il presupposto base per lo svolgimento dell'attività in smart working.

In generale, l'esperienza di smart working all'interno di APSS ha dimostrato la lavorabilità a distanza di un gran numero di attività.

Tra le attività che richiedono invece la presenza del lavoratore presso la sede, sono state individuate:

a) prestazioni che si svolgono tramite diretto contatto con l'utenza, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

I. assistenza medico-sanitaria con necessaria presenza dell'utente;

II. prestazioni socio-sanitarie;

III. sportelli di front-office;

b) prestazioni di presidio di sedi aziendali, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

I. portineria;

II. ricezione di posta/documenti/bolle di trasporto;

III. attività svolta presso la centrale unica di emergenza;

c) prestazioni che comportano attività manuali correlate all'ambiente di lavoro, tra cui, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- I. prestazioni tecniche per attività da imbianchino, muratore ecc.;
- II. attività di magazzino;
- III. servizi tecnico-economali.

Strumentazione e dotazione tecnologica

Le attività svolgibili tramite supporto tecnologico sono assicurate anche tramite lavoro a distanza.

In particolare, è possibile avvalersi:

- a) di PC portatile aziendale abilitato all'uso esterno: stante il limitato numero di portatili aziendali, si è data priorità a fornire di tale strumento il personale con funzioni di responsabilità tra coloro che svolgono lavoro agile; in caso di sostituzione della postazione informatica d'ufficio, è valutabile la sostituzione tramite PC portatile anziché tramite PC fisso;
- b) di collegamento tramite desktop remoto: in caso di postazione fissa d'ufficio a uso esclusivo, il Dipartimento Tecnologie procede all'abilitazione della postazione affinché sia possibile il collegamento alla rete aziendale a distanza;
- c) di collegamento tramite terminal server: in caso di postazione fissa d'ufficio condivisa tra colleghi, il Dipartimento Tecnologie procede all'abilitazione della postazione affinché sia possibile il collegamento alla rete aziendale a distanza.

Si segnala che dall'anno 2019 il sistema di posta elettronica aziendale è migrato verso la piattaforma GSUITE, con conseguente possibilità di avvalersi del supporto fornito dagli applicativi cloud di tale piattaforma.

Formazione del personale sull'utilizzo dello smart working

Il cambiamento culturale nel metodo lavorativo apportato dallo smart working ha determinato la necessità di formare adeguatamente il personale ed i relativi responsabili.

Il Servizio Formazione aziendale ha attivato il corso FAD "Il lavoro in sicurezza per smartworkers e video terminalisti", in erogazione continua tutto l'anno anche nel corso del 2025, per permettere l'immediata messa a disposizione della formazione a tutti i futuri fruitori di lavoro agile.

L'evoluzione del lavoro agile all'interno dell'APSS non può prescindere dall'applicazione delle linee di indirizzo dettate dal Piano strategico di legislatura provinciale. Da esso, specialmente per quanto concerne i datori di lavoro pubblici, possono evidenziarsi i seguenti vantaggi:

- 1) aumento delle competenze digitali;
- 2) maggiore flessibilità oraria;
- 3) risparmi in riscaldamento/occupazione uffici, buoni pasto, benefici per l'ambiente (minore inquinamento);

- 4) conciliazione vita-lavoro;
- 5) maggiore concentrazione;
- 6) risparmio di tempo viaggio casa-lavoro, minori costi per trasporto, ininfluenza degli eventi meteorologici (es. neve);
- 7) riduzione della durata delle riunioni, risparmio economico e temporale connesso a viaggi di trasferta, aumento della puntualità negli incontri on-line;
- 8) aumento della motivazione;
- 9) riduzione delle assenze a vario titolo.

Di contro, lo smart working non potrà raggiungere i propri obiettivi laddove vi sia:

- 1) impossibilità strutturale o temporanea di dematerializzazione dei processi;
- 2) difficoltà di monitoraggio dei risultati prefissati;
- 3) difficoltà di coordinamento del personale a distanza;
- 4) impossibilità di svolgimento di alcune attività laddove necessitino di strumenti presenti esclusivamente presso la sede di lavoro;
- 5) postazione di lavoro inadatta, mancanza di stampanti e spazi adeguati;
- 6) rischio di difficoltà nei rapporti interpersonali, rischio di isolamento;
- 7) mancanza di competenze e strategie manageriali specifiche per gestire un team "agile";
- 8) rischio di over working.

Ulteriori istituti di lavoro a distanza e flessibilità

La diffusione dello smart working non ha precluso la possibilità di fruire di ulteriori strumenti che l'Azienda ha messo a disposizione dei dipendenti ai fini di conciliazione vita-lavoro.

- Il telelavoro domiciliare è disciplinato dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 291 del 30/05/2013, modificata con Deliberazione del Direttore Generale n. 175 del 12/04/2017. Mediante il telelavoro, si offre al dipendente la possibilità di svolgere parte dei propri compiti in un luogo diverso dalla sede lavorativa principale (proprio domicilio o sede aziendale diversa all'interno di un'isola di telelavoro). Ogni biennio, l'Azienda procede all'attribuzione di postazioni di telelavoro stabilendo una graduatoria di merito per le richieste presentate dai dipendenti interessati. L'Azienda verifica le condizioni di lavoro e l'idoneità dell'ambiente presso il domicilio del lavoratore, all'inizio dell'attività e ogni volta se ne presenti la necessità, concordando preventivamente con l'interessato i tempi e le modalità di accesso presso il domicilio. L'Azienda ha cura di fornire al/la dipendente le attrezzature idonee sotto il profilo della sicurezza, nonché di individuare la loro collocazione.
- Le isole di telelavoro sono apposite strutture dislocate sul territorio da cui poter effettuare la prestazione lavorativa in telelavoro: ciascuna isola consta di due

postazioni, disponibili cinque giorni a settimana. Sulla base delle richieste pervenute, gli spazi vengono suddivisi concordandoli con gli interessati, cercando di conciliare le esigenze di tutti/e.

- La personalizzazione degli orari di lavoro si è attivata con il “progetto PerLa” che ha preso avvio in APSS dal 2009. L'ottima riuscita del progetto ha condotto ad una stabilizzazione delle attività di personalizzazione dell'orario di lavoro, la cui disciplina di riferimento è costituita dalla Deliberazione del Direttore Generale n. 357 del 10 luglio 2018. La personalizzazione degli orari di lavoro offre la possibilità di strutturare un orario di lavoro che consenta la convergenza tra esigenze della singola persona e il contesto lavorativo di riferimento: è disponibile a tutti i dipendenti aziendali del comparto che abbiano terminato il periodo di prova ad eccezione del personale turnista che opera con copertura sulle 24 ore. Vincoli “a priori” alla definizione di un accordo PerLa sono la garanzia dell'orario di servizio previsto nel contesto lavorativo di riferimento e la qualità delle prestazioni erogate che deve essere pari o migliore di quella abitualmente fornita in assenza di accordi PerLa.
- A partire dalla fine del 2013, l'Azienda ha introdotto, in via sperimentale e quindi con adesione su base volontaria, un progetto dedicato (denominato “lunghe assenze”), in seguito attuato a regime mediante la Deliberazione del Direttore Generale n. 4 del 12 gennaio 2017. Il progetto “lunghe assenze” è stato aggiornato nell'anno 2023 mediante la procedura n. 22722 del 22 dicembre 2023, ridefinendo il processo in “piani individuali alternativi di lavoro”. Il progetto nasce dalla esigenza di garantire ai lavoratori che devono assentarsi per lunghi periodi (in gran parte per gravidanza ma anche per altre ragioni, es. malattia) di mantenere un contatto con il proprio ambiente lavorativo; il responsabile lo accompagna nell'uscita dal lavoro e lo prepara al rientro. Nel caso di assenza per gravidanza il progetto ha introdotto anche la possibilità per la lavoratrice che non può continuare la propria attività nel suo luogo di lavoro di poter essere impiegata in progetti alternativi coerenti con i proprio ruolo professionale.. Il processo si pone in un'ottica di continuo investimento sulle risorse umane, permettendo loro di continuare a contribuire alla mission e agli obiettivi dell'organizzazione, bilanciando la necessità di assentarsi fisicamente per un lungo periodo. Per permettere questa gestione innovativa di equilibrio tra le esigenze private e quelle organizzative, il processo è supportato da un gruppo multi professionale che accompagna la persona nella scelta delle attività lavorative compatibili con un contesto di lavoro alternativo, concretizzando la possibilità di mantenere la continuità lavorativa in un'altra sede fisica (es.: domicilio), in linea con i vincoli normativi e contrattuali, attraverso la costruzione di un progetto lavorativo ad hoc.

Alla data del 30 novembre 2025, risultano vigenti 803 accordi di smart working (3,4% in più rispetto al 2024), così ripartiti in quota percentuale rispetto al profilo professionale.

Profilo	Numero di accordi (% sul totale gli accordi di smart working)
Amministrativi	372 (46,3%)
Tecnici	51 (6,4%)
Sanitari	248 (30,9%)
Direttori d'Ufficio/Incarico Speciale	30 (3,7%)
Dirigenti PTA	8 (1,0%)
Dirigenti Sanitari	26 (3,2%)
Dirigenti Medici	63 (7,9%)
Altro	5 (0,6%)

Il nuovo CCPL del comparto, siglato a novembre 2025, prevede la disciplina del lavoro agile, in continuità con quanto già in essere in Azienda.

3.3 PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DEL PERSONALE

Per la programmazione dei fabbisogni del personale dipendente dall'APSS occorre fare riferimento:

- all'art. 45 della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 (legge provinciale sulla tutela della salute)

“Dotazione organica e fabbisogno di personale

1. La dotazione organica complessiva del personale a tempo indeterminato dipendente dall'Azienda è stabilita, tenendo conto dei criteri e dei limiti previsti dal comma 3, in un'apposita tabella allegata al bilancio annuale di previsione dell'Azienda. In sede di approvazione del bilancio è stabilito il limite massimo della spesa concernente il personale dipendente dall'Azienda, compreso il limite delle risorse da destinare all'indennità per area direttiva prevista dal contratto collettivo.

2. Il direttore generale, tenuto conto della contrattazione collettiva, determina la distribuzione del personale nell'ambito della dotazione complessiva, in relazione alle qualifiche, ai profili, alle discipline e alle professionalità.

3. La Giunta provinciale, in sede di determinazione e di riparto della spesa sanitaria corrente del servizio sanitario provinciale, detta criteri e limiti per le assunzioni di personale, anche per il contenimento della spesa.

3 bis.(). L'Azienda provinciale per i servizi sanitari adotta un piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con le direttive approvate con deliberazione della Giunta provinciale. Il piano può essere oggetto di aggiornamento annuale. Il piano considera la necessità di assunzione di psicologi da destinare al sostegno di malati oncologici”.*

() con l.p. n. 8 del 09/12/2025 il comma 3 bis è stato così modificato: “L'Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino adotta un piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con le direttive approvate con deliberazione della Giunta provinciale e tenendo conto delle strutture a direzione universitaria individuate nell'atto aziendale. Il piano considera la necessità di assunzione di psicologi da destinare al sostegno di malati oncologici.”*

- alle disposizioni e direttive emanate annualmente dalla Giunta provinciale entro il 31 dicembre, per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio Sanitario Provinciale del successivo triennio e per l'assegnazione in acconto di una quota del fabbisogno corrente per l'anno successivo: dette direttive infatti, nella sezione dedicata al personale, prevedono limiti di assunzione e limiti di spesa per l'anno successivo (art. 45, comma 3);
- alla deliberazione di Giunta provinciale di approvazione del bilancio di previsione, per il recepimento e l'eventuale modifica delle citate direttive in materia di personale.

Con la deliberazione della Giunta provinciale n. 2237 del 23 dicembre 2024 sono state emanate le prime disposizioni e direttive per il finanziamento delle funzioni ed attività del Servizio Sanitario Provinciale per il triennio 2025-2027, con assegnazione all'Azienda provinciale per i servizi sanitari di una quota del fabbisogno corrente anno.

Questo provvedimento conteneva le seguenti direttive per la definizione del Piano triennale dei fabbisogni del personale dell'Azienda:

"Sono autorizzate nel 2025 nuove assunzioni nella misura del 3% della dotazione organica approvata per l'anno 2024. Tale contingente rappresenta una quota dei fabbisogni rappresentati dall'Azienda nell'ambito del "Piano triennale dei fabbisogni del personale dell'Azienda" in corso di valutazione da parte della Giunta provinciale. Al riguardo l'Azienda dovrà presentare all'Assessorato e al Dipartimento competenti, entro il 30 maggio 2025, lo sviluppo/pianificazione di tali assunzioni, secondo le modalità e per le medesime aree tematiche del predetto Piano triennale. Nel sopra menzionato 3% devono essere ricomprese le figure professionali necessarie all'attivazione, secondo gli standard e le funzioni del DM 77/2022 in coerenza con le scadenze PNRR, con particolare riferimento alle Case della Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle attività del Piano operativo ADI.

In relazione al personale tecnico e amministrativo dell'area non dirigenziale del comparto sanità per l'anno 2025 è consentita l'assunzione fino a capienza del tetto massimo di 1480 unità equivalenti, esclusi gli operatori socio sanitari, gli autisti di ambulanza e gli assistenti sociali, gli operatori addetti alla Centrale Operativa 116117 ai sensi del punto 2 lett. a) della dGP 1816/2023 nonché escluse le assunzioni obbligatorie per legge ai sensi della legge 12 marzo 1999 n. 68 e dell'art. 37 bis della L.P. 7/1997."

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 836 del 13 giugno 2025 di approvazione del Bilancio di Previsione 2025 e del Bilancio pluriennale 2025-2027 dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, è stata confermata *"la coerenza rispetto alle direttive approvate con deliberazione n. 2237/2024 (punto B2a) che autorizzano per l'anno 2025 nuove assunzioni nella misura del 3% della dotazione organica approvata per l'anno 2024.*

Dotazione organica personale al 31.12.2025	
Dirigenza Medica e Veterinaria	1.381
Dirigenza Sanitaria	159
Dirigenza Tecnico Amministrativa	38
Personale non dirigenziale	7.499
Totale	9.077

Le medesime direttive prevedono altresì che il contingente del 3% rappresenta una quota del "Piano triennale dei fabbisogni del personale" dell'Azienda.

Ciò premesso tenuto conto della metodologia avviata dal "Tavolo di lavoro PAT/Azienda", per l'elaborazione del Piano triennale dei fabbisogni, attivato nel corso della primavera 2025 i cui lavori risultano in fase conclusiva, si prende atto che la presentazione del documento di sviluppo/pianificazione delle assunzioni del predetto 3% - nell'ambito del quale devono essere ricomprese le figure professionali necessarie all'attivazione, secondo gli standard e le funzioni del DM 77/2022 in coerenza con le scadenze PNRR, con particolare riferimento alle Case della Comunità, agli Ospedali di Comunità e alle attività del Piano operativo ADI - deve necessariamente tenere conto delle risultanze del sopra menzionato Tavolo di lavoro."

Con deliberazione della Giunta provinciale n. 1909 del 05 dicembre 2025 è stata disposta *l'integrazione al finanziamento del Servizio Sanitario Provinciale per l'anno 2025, "assegnazione all'Azienda provinciale per i servizi sanitari delle risorse a saldo dell'ultimo trimestre 2025 (euro 452.208.517,27) e ulteriori disposizioni."*

In merito alla programmazione dei fabbisogni di personale e in relazione alla proposta di piano presentata dall'Azienda, in esito al citato tavolo di confronto a livello provinciale, l'Azienda ha inviato una propria proposta in attesa di conferma da parte della Provincia Autonoma di Trento. Con deliberazione 2133 del 19 dicembre 2025 la provincia ha disposto che possano essere previste nuove assunzioni solo per garanzia del turn over, rinviando ogni decisione in merito a richieste di fabbisogni aggiuntivi.

3.3.1 Programmazione aziendale dei fabbisogni per l'anno 2026

Di seguito si riporta la dotazione organica del personale dipendente dell'Azienda alla data del 31 dicembre 2025, come da autorizzazione con deliberazione della Giunta provinciale n. 2237 del 23 dicembre 2024 e n. 836 del 13 giugno 2025. Una volta approvato dalla Provincia Autonoma di Trento il piano dei fabbisogni 2026-2028, le assunzioni per l'anno 2026 saranno autorizzate nei limiti di spesa che saranno stabiliti dalle direttive provinciali.

3.4 FORMAZIONE DEL PERSONALE

Le Linee guida operative per la formazione continua interna all'APSS, approvate con deliberazione del Direttore Generale n. 187/2011, prevedono l'approvazione del "Programma delle attività formative" da parte del Direttore Generale su proposta del Servizio Formazione; a partire dall'anno 2019 fino al 2023 compreso, il "Piano aziendale per la formazione continua", che rappresenta il principale strumento di indirizzo e governo della formazione continua, è stato costituito dal "Piano di formazione aziendale in materia di salute e sicurezza sul lavoro", dal "Piano della formazione in Area urgenza-emergenza" e dal "Piano per lo sviluppo di competenze specialistiche, manageriali e trasversali".

Sono poi intervenuti dei cambiamenti e delle modifiche che hanno portato il Servizio Formazione a rivedere la modalità e le strategie di programmazione formativa; le principali motivazioni riguardano:

1. il mandato provinciale di dare seguito alle misure PNRR FSE e ICA che prevedono in entrambi i casi la funzione di Provider ad estensione provinciale;
2. il mandato provinciale di garantire, in partnership con UPIPA, quanto previsto dal Piano per l'Integrazione Socio Sanitaria;
3. la necessità di garantire la formazione obbligatoria che deriva dal sistema di gestione salute e sicurezza dei lavoratori e la formazione in materia in ambito di urgenza emergenza.

Dall'anno 2024, in ragione di queste motivazioni, oltre alla dinamicità che caratterizza le organizzazioni, è resa disponibile una programmazione complessiva tesa ad esplicitare e rendere visibile l'intera offerta formativa anche con la possibilità di estrapolare la formazione per unità dipartimentali. Per la definizione dell'offerta formativa, il Servizio Formazione utilizza come elementi di riferimento le strategie e gli orientamenti aziendali, l'attenzione alle esigenze delle parti interessate in risposta ai loro bisogni e l'evoluzione della normativa in materia di formazione in Sanità. L'intento è stato quello di garantire un forte collegamento tra gli indirizzi aziendali e i bisogni di salute della collettività, sostenere la crescita e lo sviluppo professionale degli operatori nonché la promozione culturale per una gestione integrata tra professioni e servizi.

Rimane ferma, la possibilità di intercettare nuovi fabbisogni emergenti nel tempo, consentendo di fatto una integrazione periodica attraverso un Piano pensato come strumento dinamico, accompagnato da un forte presidio interno al Servizio, al fine di garantire e monitorare la complessiva sostenibilità del sistema. Resta il fatto che l'implementazione del Piano annuale in itinere non è disgiunta da un'attività di consultazione, monitoraggio e rendicontazione con le parti interessate; a tale scopo il Piano prevede la rendicontazione con cadenza semestrale e/o al bisogno ai responsabili istituzionali ed ai referenti dei progetti. La programmazione è finalizzata al governo della formazione continua in APSS anche in una logica di complementarietà tra formazione interna e formazione esterna secondo criteri di coerenza con i fabbisogni formativi espressi dalle strutture aziendali. L'offerta formativa complessiva verrà presentata ed

adottata entro aprile/maggio di ogni anno come secondo atto deliberativo che segue a prima delibera nel mese di dicembre che permette di definire le integrazioni intercorse nell'anno in chiusura e le prime anticipazioni dell'anno entrante; sarà all'interno di questo atto deliberativo che verrà data evidenza della formazione a supporto dell'acquisizione, mantenimento e sviluppo delle competenze specialistiche il cui fabbisogno sarà raccolto ed analizzato in occasione degli incontri con i Dipartimenti clinici e tutte le committenze interne ed esterne all'Azienda.

Formazione universitaria, pedagogica e professionale

La strategia si pone in continuità con l'anno precedente, assumendo una prospettiva di consolidamento e sviluppo della formazione universitaria delle professioni sanitarie. Le evidenze emerse dal monitoraggio delle attività svolte, dall'analisi degli esiti formativi e dal confronto con i contesti assistenziali e formativi di riferimento orientano una programmazione che mira a rafforzare l'attrattività dei percorsi universitari, a qualificare ulteriormente la formazione avanzata e interprofessionale e a valorizzare il ruolo strategico dei contesti di tirocinio e del tutorato clinico. In tale quadro, la programmazione delle attività 2026 ha l'intento di garantire coerenza con la sostenibilità organizzativa e capacità di risposta ai fabbisogni emergenti del sistema sanitario e formativo, ponendo le basi per la progettazione dei percorsi formativi previsti per il triennio successivo.

Attrattività della formazione universitaria delle professioni sanitarie

Nel 2026 l'obiettivo è rafforzare ulteriormente l'attrattività dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie attraverso la prosecuzione strutturata delle attività di promozione e orientamento. In particolare, si prevede di consolidare gli interventi capillari presso le scuole secondarie di secondo grado e di ampliare le iniziative di promozione dell'offerta formativa, quali open day, eventi informativi e campagne digitali. L'efficacia delle azioni intraprese sarà monitorata attraverso l'andamento delle iscrizioni ai Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, in relazione sia all'anno precedente sia al trend nazionale.

Formazione universitaria avanzata e interprofessionale

Per il 2026 si intende avviare e consolidare percorsi di formazione universitaria avanzata a carattere interprofessionale, in risposta ai bisogni emergenti dei servizi e in coerenza con i modelli organizzativi e assistenziali. In tale prospettiva, è previsto l'avvio di due Master universitari interprofessionali: il Master in Management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie e il Master in Progettazione e metodi tutoriali e didattici nella formazione continua e universitaria. L'andamento dei Master sarà monitorato attraverso il numero degli iscritti, la loro distribuzione per area professionale e l'attivazione di momenti formativi e di confronto interprofessionale all'interno dei percorsi. Prosegue la formazione magistrale dell'infermieristica/ostetricia di famiglia e comunità creando delle sinergie con lo sviluppo di modelli organizzativo assistenziali di azione comunitaria e di sviluppo delle case di comunità. Nel corso del 2026 sarà inoltre realizzata un'analisi dei fabbisogni di competenze avanzate delle professioni sanitarie, con l'obiettivo di orientare la progettazione di nuovi percorsi formativi universitari da attivare nel 2027.

Riordino e sviluppo dei corsi professionali

Nel 2026 l'attenzione sarà rivolta alla progettazione e all'avvio del percorso formativo per la figura dell'Assistente Infermiere. Le attività comprenderanno la definizione del progetto

formativo, la gestione amministrativa della selezione del corpo docente e dei professionisti coinvolti, nonché la presentazione ufficiale del percorso agli organi competenti. Il progresso delle azioni sarà accompagnato dal monitoraggio delle procedure.

Valorizzazione del tutorato e degli ambienti di apprendimento

Proseguirà nel 2026 la valorizzazione dell'attività tutoriale e degli ambienti di apprendimento clinico, con particolare attenzione al rafforzamento del monitoraggio degli esiti formativi e alla qualità dell'insegnamento clinico-professionale. In continuità con gli anni precedenti, saranno promosse iniziative formative e mantenuto il riconoscimento dell'attività tutoriale svolta dai professionisti nelle sedi di tirocinio. Il monitoraggio dei risultati si baserà sull'analisi dei questionari di valutazione del tirocinio raccolti e sull'andamento degli indicatori di qualità percepita dell'insegnamento clinico nei diversi Corsi di Laurea.

SEZIONE 4: MONITORAGGIO

Il controllo strategico sull'andamento complessivo della gestione aziendale è effettuato dal Consiglio di direzione tramite il riesame periodico dei principali processi e progetti aziendali, sulla base di dati ed informazioni acquisiti nel processo di monitoraggio delle attività svolte.

Il monitoraggio delle performance organizzative avviene su più livelli:

1. gli obiettivi PAT sono monitorati trimestralmente o a scadenze più ravvicinate per gli obiettivi più critici;
2. i singoli piani di settore, con frequenza trimestrale, vengono monitorati attraverso l'analisi dell'avanzamento dei progetti e delle attività in essi contenuti e degli obiettivi di sintesi del piano. Tale monitoraggio consente di avere una visione di insieme delle aree/processi di supporto;
3. gli obiettivi di budget delle UUOO/Servizi vengono monitorati a 6, 9 e 12 mesi attraverso la valutazione sullo stato di avanzamento delle attività previste, che si riflettono sulla retribuzione di risultato dei dirigenti. Tale monitoraggio viene sottoposto alla valutazione del Nucleo di Valutazione, che si esprime rispetto a verifica iniziale di coerenza di attribuzione degli obiettivi, verifica intermedia e finale sui risultati ottenuti, attribuzione della retribuzione di risultato.

I vari livelli di monitoraggio delle performance hanno la finalità di attivare eventuali azioni di intervento/correzione al fine di conseguire i risultati programmati.

Si rappresenta di seguito una sintesi dei monitoraggi dei piani di settore effettuati sull'attività 2025. Si tenga presente che in fase di monitoraggio e rendicontazione dei 12 mesi vi potranno essere delle integrazioni poi riportate nella relazione sulla gestione allegata al bilancio consuntivo.

4.1 QUALITÀ

Il miglioramento della qualità - rispetto alle dimensioni di accessibilità, sicurezza, efficacia, efficienza, equità e orientamento al paziente/cittadino - di prestazioni e servizi erogati è un elemento cardine nella vita di un'organizzazione sanitaria e richiede il coinvolgimento di tutti gli operatori e di tutte le strutture. L'ottimizzazione della qualità dei processi nell'ottica di una sempre maggiore rispondenza a necessità e legittime esigenze e aspettative di tutti i portatori di interesse attiene tutti i livelli di governo dell'Azienda e richiede un approccio complessivo e integrato, basato su una molteplicità di attori, approcci, conoscenze, modalità operative e strumenti secondo modelli validati a livello internazionale ed alla certificazione delle proprie strutture e sistemi di gestione in rapporto a standard elaborati da organizzazioni indipendenti e società scientifiche.

La Deliberazione del Direttore Generale n. 190 del 20 marzo 2023 "Adozione del Programma di Sviluppo Strategico 2023-2027 dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari" ha aggiornato la strategia aziendale in materia di qualità e accreditamento. Il vigente piano strategico prevede che APSS si impegni a: semplificare l'accesso e favorire l'erogazione dei servizi in condizioni di prossimità, assicurare la continuità e l'omogeneità delle cure, nonché adottare modelli organizzativi in rete che favoriscano il confronto fra i professionisti, approcci condivisi nell'implementazione dei percorsi assistenziali e promuovano l'aderenza alle migliori pratiche di riferimento.

In relazione a tali linee strategiche, nel corso del 2025, sono state consolidate o intraprese una molteplicità di obiettivi e linee di attività sia per quanto riguarda la tematica dell'accREDITAMENTO delle strutture e dei servizi sanitari che il miglioramento continuo dei processi, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione delle cure. A seguire si riportano i riferimenti alle iniziative a maggiore rilevanza strategica aziendale che hanno connotato il periodo in esame

AccREDITAMENTO

L'accREDITAMENTO, sia istituzionale che volontario, è strumento di promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e costituisce una delle linee strategiche prioritarie nella programmazione aziendale. Nel 2025, l'APSS, come autorizzazione all'esercizio e dell'accREDITAMENTO istituzionale è stata impegnata in azioni di formalizzazione, monitoraggio, adeguamento e miglioramento connesse all'implementazione dei requisiti di qualità delle strutture sanitarie e sociosanitarie e delle reti cliniche.

In parallelo, sono proseguite e ampliate le attività (comportanti formalizzazione di procedure, attività di monitoraggio, formazione e altre azioni di supporto all'implementazione di politiche e procedure) finalizzate al mantenimento degli accREDITAMENTI e certificazioni volontarie ritenuti strategici dalla direzione aziendale. In particolare, sono state concretizzate le attività finalizzate al mantenimento degli accREDITAMENTI volontari (JCI per Ospedale S. Chiara, BFHI per UU.OO. coinvolte ospedaliere e territoriali, accREDITAMENTO JACIE, accREDITAMENTO SIED).

A tale riguardo si evidenziano le seguenti attività:

- monitoraggio dei piani di adeguamento/miglioramento di strutture APSS in linea con quanto disposto dal Dipartimento Salute e politiche sociali nella determinazione n. 7008 del 1 dicembre 2021 e successive indicazioni da parte dell'Organismo Tecnicamente AccREDITANTE della PAT;
- avvio delle pratiche per la richiesta al Centro Nazionale Trapianti del rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale del Centro per la **PMA** di Arco; la visita ispettiva è

- programmata per marzo 2026;
- nel corso del 2025, l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS) ha confermato la volontà strategica di proseguire il programma di accreditamento **BFI** per tutte le strutture ospedaliere con punto nascita (Rovereto, Cles, Cavalese, Trento) e per l'insieme delle strutture sociosanitarie territoriali.

Questa decisione si pone in continuità con la delibera provinciale del 2016 e il Piano Provinciale della Prevenzione 2021-2025, con l'obiettivo specifico di mantenere la certificazione per cinque "strutture" (i quattro punti nascita più il "territorio") in linea con l'Obiettivo B16 PAT APSS 2025.

Per rendere l'architettura del progetto più aderente all'organizzazione aziendale, nel 2025 è stata approvata una nuova strutturazione dei livelli di gestione:

- o Comitato Strategico Aziendale BFI: Garante dell'attuazione, composto dalla Direzione Sanitaria e dai vertici dei Dipartimenti chiave;
- o Cabina di Regia BFI: organo di supervisione e coordinamento trasversale che include i direttori di dipartimento, i dirigenti delle professioni sanitarie e i rappresentanti della medicina convenzionata;
- o Team Operativo BFI: gruppo tecnico-scientifico composto dai referenti di passo e di struttura.

Sono stati inoltre formalizzati due ruoli chiave:

- o Referente Aziendale per il coordinamento complessivo;
- o Responsabile Scientifico: come garante dei contenuti scientifici.

La fase operativa di valutazione è stata programmata per l'autunno-inverno 2025.

- Nel 2025 il processo di **accreditamento degli Emergency Medical Team** in collaborazione con il Dipartimento della Protezione civile della PAT (EMT-PAT) ha avviato e consolidato le fondamenta organizzative, formative e istituzionali necessarie allo sviluppo del Emergency Medical Team provinciale, con l'obiettivo di raggiungere la certificazione OMS entro fine 2026/inizio 2027. L'anno è stato caratterizzato da una forte crescita del team, dalla strutturazione dei gruppi di lavoro e dall'avvio della collaborazione con attori nazionali ed europei.

Nel mese di settembre è stata completata la fase iniziale di adesione dei professionisti con 163 professionisti APSS confermati che rappresentano la base professionale del nucleo iniziale del futuro EMT certificato nel team.

Il progetto è risultato vincitore del bando europeo UCPM-2025-ECPP-URC-IBA, ottenendo un punteggio finale di 87/100 e una valutazione molto elevata in tutte le aree: rilevanza, qualità tecnica e impatto previsto. Questo risultato garantisce la sostenibilità finanziaria del percorso EMT-PAT e ne riconosce il valore strategico per il Meccanismo Unionale di Protezione Civile. Sono state avviate le prime iniziative formative sono stati strutturati e avviati i gruppi multidisciplinari per la redazione delle procedure operative standard prioritarie, con ampia partecipazione dei professionisti APSS e durante l'anno sono state sviluppate varie iniziative di condivisione e networking.

- aggiornamento, prosecuzione e estensione (con inclusione di nuove attività) del programma di accreditamento dei laboratori (ai sensi della DGP 1547 del 25 agosto 2023 e della DDG 631 del 21/09/2023) secondo la ISO 15189, dal 25 novembre al 4 dicembre si è svolta la visita di sorveglianza annuale per la verifica del mantenimento dei requisiti secondo la ISO 15189 (ACCREDIA) il cui esito sarà comunicato a gennaio 2026;
- nel 2025 c'è stato l'avvio dei lavori del Comitato Multidisciplinare per i POCT (Point of Care Testing) dipendenti dal Laboratorio al fine di presidiare l'uso appropriato

- dei POCT e garantire e monitorare tutti gli aspetti di qualità dei POCT (valutazioni in termini di efficacia clinica, programmi di gestione del rischio, di formazione continua dei professionisti sanitari e processi di audit);
- nel 2025 sono state portate avanti le attività per risolvere le non conformità contenute nel Survey Findings Report e le attività sia di revisione che di sviluppo delle procedure per l'adeguamento ai nuovi standard dell'8^a Edizione del Manuale entrata in vigore dal 1° gennaio 2025) necessarie al mantenimento dell'**accreditamento JCI** dell'Ospedale S. Chiara, il Centro di Protonterapia e il Centro multidisciplinare Day Surgery e chirurgia ambulatoriale di Villa Igea;
 - in linea con la definizione del modello di gestione operativa della Rete oncologica provinciale, APSS ha aderito al progetto denominato "Excel Eccellenza della gestione dei pazienti con tumore alla vescica", volto a sviluppare un nuovo prototipo di gestione del tumore alla vescica che aumenti l'approccio di gestione del paziente attraverso un team multidisciplinare. Nell'ambito di questo progetto è stato definito il **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per i tumori della vescica** che nel 2024 è stato certificato da parte di **Bureau Veritas**, nel 2025 sono state prese in carico le non conformità, il 29 e 30 settembre 2025 è stato condotto da parte di Bureau Veritas l'audit di mantenimento della certificazione;
 - monitoraggio sulla rispondenza ai requisiti di organizzazione e funzionamento di reti tempo-dipendenti e della rete oncologica sulla base delle disposizioni nazionali e provinciali di pertinenza e Osservatorio di AGENAS;
 - anche nel 2025 è stato attuato il piano annuale di audit interno e si sono tenute le ispezioni per il rinnovo dell'accreditamento istituzionale su tutte le 11 sedi della **Rete Trasfusionale**. Oltre a Valutatori iscritti all'elenco Nazionale dei VSTI (Valutatori per il Sistema Trasfusionale Italiano) per la Provincia di Trento, agli audit hanno partecipato valutatori dell'OTA provinciale e due Valutatori VSTI inviati dal Centro Nazionale Sangue. Inoltre, nel 2025, si è svolto l'audit per il rinnovo della certificazione quali fornitori per l'industria convenzionata di plasmaderivazione CSL Behring. Sono state revisionate numerose Procedure Operative e sono state redatte le Linee di indirizzo aziendale per il Buon Uso degli emoderivati Immunoglobuline e Albumina.
 - Nel 2025 sono state portate avanti le attività per il mantenimento dell'**accreditamento JACIE/CNT** al trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche (CSE) della SSD di Ematologia nell'ambito del programma trapianti metropolitano TN e BZ.
 - Nel 2025 è stato definito il piano per l'**accreditamento istituzionale delle Cure domiciliari** definendo i contenuti e le modalità di verifica sul campo, basandosi sui requisiti autorizzativi e di accreditamento pertinenti al Dipartimento e alle Unità Operative di Cure Primarie; in settembre è stato fatto un audit con la direzione del Dipartimento di Cure Primarie per analizzare i processi direzionali e trasversali e nei mesi di ottobre e novembre sono stati fatti gli audit sul campo coinvolgendo le Unità Operative dei Distretti Est, Sud e Nord, osservazioni, per l'acquisizione delle evidenze documentali e la verifica della documentazione sanitaria utilizzando la metodologia tracer.
 - Il 19 novembre 2025 è stato fatto l'audit per il rinnovo dell'**accreditamento professionale** dell'U.O.M. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale S. Chiara di Trento da parte della **Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED)**, in febbraio 2026 è previsto il rinnovo dell'accreditamento SIED professionale dell'U.O.M. di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva dell'Ospedale S. Maria del Carmine di Rovereto.
 - Nell'ambito degli obiettivi triennali del Piano reti cliniche 2025 – 2027, stabiliti all'interno del PIAO 2025 – 2027, è previsto l'ottenimento della **certificazione del**

PDTA diabete di tipo 1 nel corso del 2026. In data 10 giugno 2025 il Direttore del Dipartimento Transmurale Pediatrico ha trasmesso la richiesta di attivazione di un nuovo percorso di accreditamento al fine di partecipare ad un benchmarking tra Centri di Diabetologia Pediatrica europei. In data 7 agosto il centro **Sweet e V.** ha accettato la domanda di adesione all'accREDITamento da parte dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, a seguito della valutazione dell'attività svolta dalla Struttura Semplice Diabetologia pediatrica di Trento.

A livello internazionale Sweet Project è una rete europea di centri di cura del diabete pediatrico istituita per ridurre le iniquità nell'accesso e nella qualità dell'assistenza al diabete pediatrico.

- A febbraio 2025 è stata inoltrata alla PAT la domanda di autorizzazione all'esercizio attività in strutture sanitarie pubbliche e private – funzione strutturale ambulatoriale di Telemedicina. È stata effettuata una ricognizione delle evidenze a supporto del possesso dei requisiti.

Miglioramento continuo della qualità dei processi, dell'appropriatezza e dell'umanizzazione delle cure

Per quanto riguarda l'ambito in oggetto si riportano a seguire le principali attività realizzate:

- predisposizione di un documento per la gestione dei documenti aziendali;
- supporto a attività di analisi e reingegnerizzazione dei processi interni applicando metodi e strumenti di lean thinking e lean management;
- analisi critica di numerosi indicatori di performance oggetto di monitoraggio nell'ambito di sistemi di valutazione della performance e degli esiti (Nuovo Sistema di Garanzia, Sant'Anna, Programma Nazionale Esiti...) con particolare attenzione alla garanzia di cure tempestive e appropriate e al supporto all'attuazione di correlate azioni di miglioramento;
- è continuata nel 2025 l'indagine **PREMs** (Patient Reported Experience Measures) che ha l'obiettivo di valutare la qualità dei servizi sanitari dal punto di vista dei pazienti e migliorare quanto più possibile l'esperienza sanitaria stessa. Misurare l'esperienza del paziente aiuta a comprendere quanto un'organizzazione sia realmente centrata sul paziente e fornisce feedback utili per migliorare i servizi sanitari offerti. L'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, in un'ottica volta al miglioramento continuo, ha deciso di promuovere questa indagine nei Presidi Ospedalieri del Servizio Ospedaliero Provinciale, raccogliendo in maniera sistematica durante tutto il corso dell'anno, le informazioni riguardanti l'ospedalizzazione per utilizzarle al fine di monitorare la qualità dell'assistenza erogata durante il ricovero; in marzo e giugno sono stati fatti due incontri in zoom rivolti a tutto il personale del Servizio Ospedaliero Provinciale per presentare i dati dell'indagine. I dati sono stati analizzati dal Servizio di Governance clinica al fine di individuare le opportune azioni correttive per i punti critici individuati;
- nel 2025 il **Gruppo di monitoraggio degli studi clinici e degli studi non farmacologici** ha effettuato gli audit di monitoraggio del 10% degli studi in essere in APSS così come previsto dal piano di monitoraggio, a seguito degli audit è stato inviato agli sperimentatori coinvolti il report con l'individuazione delle azioni correttive da mettere in atto per migliorare la conformità al protocollo, alle Procedure Operative Standard (Standard Operating Procedures - SOPs), alle buone pratiche cliniche (Good Clinical Practice – GCP) e alle disposizioni normative applicabili.

4.2 RETI CLINICHE

Nel corso 2025 sono proseguite le attività di consolidamento, di miglioramento riguardanti la definizione/revisione di forme di governance, di procedure assistenziali, di protocolli clinico-organizzativi e riesame di prestazioni e di attività erogate, delle reti formalizzate negli anni precedenti:

- Reti Tempo-dipendenti: in particolare Rete Cardiologica per l'emergenza (REC), Rete Ictus, Rete Trauma maggiore,
- Rete Oncologica,
- Rete Emergenza,
- Rete Chirurgica ginecologica,
- Rete Malattia di Parkinson e parkinsonismi,
- Rete Disturbi dello spettro autistico,
- Rete Disturbi cognitivi e demenze,
- Rete Malattie rare,
- Rete Cure palliative,
- Rete Terapia del dolore e cure palliative pediatriche,
- Rete Terapia del dolore,
- Rete Provinciale della donazione e del trapianto,
- Rete Allergologica pediatrica.

Nel 2025, sono state effettuate le attività di gestione di conoscenza e formazione per l'infarto miocardico, la gestione dell'ictus, il trauma maggiore, i disturbi dello spettro autistico, la malattia di Parkinson e parkinsonismi, i disturbi per la persona con demenza e/o del comportamento. Inoltre, sono state rese operative le Linee di indirizzo per i percorsi di pazienti con problemi cardiaci acuti ischemici e/o aritmici nella provincia di Trento. È proseguita l'attività di monitoraggio degli indicatori delle reti REC, ictus, oncologica e breast unit. Sono state implementate le attività di telemedicina, utilizzo della piattaforma Health Meeting per le attività di consulto multidisciplinare, Punto di Accesso e Orientamento (PAO); definizione del modello organizzativo "Case manager". È stata ridefinita la Rete allergologica pediatrica provinciale ed individuato il coordinatore della stessa.

Nel corso del 2025 sono stati elaborati/revisionati o sono stati oggetto di diffusione e formazione i seguenti percorsi diagnostico terapeutici aziendali:

- Percorso Integrato per le cure palliative pediatriche (revisione)
- PDTA per la persona con malattia emorragica congenita (MEC) (revisione)
- PDT per l'embolia polmonare massiva acuta (nuovo, attualmente in fase avanzata di stesura)
- PDT per le Sindromi aortiche acute (nuovo, attualmente in fase avanzata di stesura)
- PDT oncologici: PDT per la persona con patologia neuro-oncologica cerebrale, PDTA della persona con cancro del colon-retto, PDTA della persona con epatocarcinoma, PDT per la cura delle persone con neoplasie dell'esofago e della giunzione esofago-gastrica, PDTA per la cura dei pazienti con sarcoma (diffusione e formazione), PDTA Carcinoma della mammella (revisione), PDT cancro del polmone (attualmente in fase di revisione avanzata); PDTA per la neoplasia del pancreas (nuovo, attualmente in fase di stesura avanzata), PDTA per le persone con tumori eredo-familiari (nuovo, attualmente in fase di stesura avanzata), ovaio e leucemia linfatica cronica (in fase di stesura avanzata);

- PDT oncologico: Tumori della vescica, il percorso ha ottenuto la certificazione da parte di Bureau Veritas;
- PDTA per disturbi per la persona con demenza e/o del comportamento (revisione);
- PDTA per la persona con Parkinson (revisione);
- PDTA per la persona con disturbi dello spettro autistico (nuovo, in fase di stesura avanzata);
- PDT dell'arresto cardiaco refrattario mediante rianimazione cardiopolmonare extracorporea (diffusione e formazione);
- PDT della patologia aritmica acuta (diffusione e formazione);
- Percorso nascita (aggiornamento).

Sono state inoltre effettuate le attività di monitoraggio e di valutazione degli indicatori dei:

- PDT del paziente con arresto cardiaco extra ospedaliero;
- PDT delle sindromi coronariche acute senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI) e angina instabile UA;
- PDT dell'infarto miocardico acuto con sopraslivellamento ST (STEMI);
- PDTA dell'ictus in fase acuta;
- PPDTA Scompenso cardiaco;
- PPDTA BPCO;
- PDT tumore della mammella;
- PPDTA Diabete di tipo 2 nell'adulto;
- PDTA Trauma maggiore.

In riferimento al PDTA per il diabete di tipo 1 in età pediatrica, aggiornato lo scorso anno, è proseguita l'attività di monitoraggio ed è stato avviato il percorso di certificazione.

Nell'ambito delle attività di miglioramento continuo, è stata effettuata, in collaborazione con l'Associazione dei pazienti, la verifica del livello di applicazione del percorso dedicato alle persone affette da vulvodinia.

Con riferimento all'area della cronicità, al fine di favorire e ottimizzare la gestione della persona presso il domicilio, sono stati attivati percorsi di gestione integrata tra specialisti (pneumologo, geriatra) e medici del territorio, prevedendo la possibilità di accesso specialistico domiciliare.

Sono stati altresì elaborati documenti di integrazione dei PDTA finalizzati a promuovere l'introduzione della telemedicina nella presa in carico di persone con patologie croniche quali demenze e disturbi del comportamento, diabete, BPCO, malattia di Parkinson e patologie oncologiche.

In coerenza con l'obiettivo di migliorare le performance e i livelli di servizio al cittadino, sono state condotte e formalmente documentate numerose analisi relative agli indicatori adottati dai diversi sistemi di valutazione e benchmarking a livello nazionale, tra cui il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), il Nuovo Sistema di Garanzia dei Livelli di Assistenza – Monitoraggio e valutazione dei PDTA (NSG-PDTA), il Programma Nazionale Esiti (PNE) e il Laboratorio MeS della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa.

Nel corso del 2025, sono stati definiti i modelli organizzativi per le attività di telemedicina, è stato fornito supporto per l'implementazione della telemedicina all'interno delle Reti come indicato nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Sono stati introdotti gli strumenti di telemedicina quali teleconsulto, tele monitoraggio, teleassistenza, televisita al fine di migliorare l'accesso alle cure e favorire la gestione del paziente nel territorio.

Nel 2025 sono state avviate le attività per la stesura dei seguenti nuovi percorsi: Percorso di Cure palliative perinatali, Percorso di analgosedazione in età pediatrica, Percorso di "ausiliazione" in età evolutiva, PDTA per le persone con HIV e PDTA per le endocarditi infettive.

4.3 SICUREZZA DEL PAZIENTE

Prevenzione e gestione del rischio clinico

Di seguito si riportano le attività di maggior rilievo poste in essere nel corso del 2025.

- *Incident reporting (IR)*
 - Sviluppo e implementazione del nuovo applicativo software per la gestione del rischio clinico per la segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi mediante la scheda di incident reporting e la loro gestione (classificazione, eventuali approfondimenti, realizzazione di audit). Per tale attività è stata effettuata anche apposita attività formativo/informativa rivolta agli operatori, ai Direttori e Coordinatori e ai referenti di Struttura per il rischio clinico, per un totale di n. 14 incontri di formazione in modalità webinar. Tale attività ha comportato un forte impegno, assorbendo gran parte dell'attività per la gestione del rischio clinico.
 - Attività di sensibilizzazione rispetto all'importanza della segnalazione degli eventi avversi e dei quasi eventi tramite l'incident reporting aziendale.
 - Attività di consulenza / supporto ai referenti di struttura (classificatori) e partecipazione agli audit rispetto alle segnalazioni di incident reporting ritenute più significative.
 - Attività di monitoraggio periodico delle segnalazioni di incident reporting.
- *Gestione degli Eventi Sentinella (ES)*
 - Presa in carico, come da prassi, degli eventi sentinella segnalati, con partecipazione/supporto alle attività di analisi e individuazione delle azioni correttive, compilazione delle schede ministeriali A e B di segnalazione degli ES e successivo inserimento nel flusso NSIS del Ministero della Salute.
- *Cadute*
 - Alimentazione del database Excel delle schede di segnalazione delle cadute.
 - Attività di consulenza / supporto alle Direzioni Mediche Ospedaliere / Direzioni Professioni Sanitarie di Sede e partecipazione ad audit rispetto alle segnalazioni cadute ritenute significative per le conseguenze sul paziente.

- 7° Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita «Cure sicure per ogni neonato e ogni bambino»:
 - la 7° Giornata nazionale per la sicurezza delle cure e della persona assistita, tenutasi il 17 settembre u.s., con lo slogan «Sicurezza del paziente fin dall'inizio!» è stata dedicata ai più piccoli, ponendo l'accento sull'importanza di garantire cure sicure a ogni neonato e bambino data la loro particolare vulnerabilità, soprattutto nei primi nove anni di vita. In particolare, è stato predisposto un video emozionale (reel) ed un post carosello diffusi sui canali social di APSS con i quali si è cercato di sensibilizzare i cittadini sul tema attraverso la presentazione di tutte le attività e il servizio che APSS offre ai più piccoli.
- *Lesioni da Pressione*
 - Effettuazione della rilevazione annuale della prevalenza delle lesioni da pressione (LdP) in tutti gli Ospedali di APSS (compreso l'Ospedale Riabilitativo Villa Rosa), che è avvenuta nel mese di aprile.
 - Avvio dell'analisi dei dati di prevalenza delle Lesioni da Pressione (LdP) rilevati negli Ospedali di APSS sulla base dei dati analizzati.
 - Prosecuzione dell'offerta formativa eLearning "Prevenzione e trattamento delle Lesioni da Pressione in APSS" rivolta al personale delle Unità Operative, al fine di aggiornare e uniformare le conoscenze dei professionisti su tale tema, di supportarli nella scelta degli interventi di prevenzione e trattamento sulla base delle migliori evidenze disponibili e sulle "buone pratiche", pur tenendo conto delle esigenze specifiche del singolo paziente e del contesto di cura, e di promuovere un approccio integrato, multiprofessionale e multidisciplinare. Il corso ha come riferimento le Linee guida aziendali per la prevenzione e il trattamento delle LdP nell'adulto.
- *Rischio suicidario nel contesto della Salute Mentale*
 - Conclusione della stesura, grazie all'attivazione di un apposito gruppo di lavoro, della procedura per la mitigazione del rischio suicidario nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).
- *Aggressività nei contesti sanitari*
 - Proseguita la messa a disposizione degli operatori del pacchetto formativo in modalità FAD rivolto agli operatori sul rischio aggressività nei contesti sanitari e sulle tecniche base di de-escalation, per dare risposta ad un fabbisogno formativo sulla tematica.
 - Predisposizione, grazie all'attivazione di un apposito gruppo di lavoro coordinato dal Servizio Formazione, del "Progetto formativo per la prevenzione e gestione della violenza e dell'aggressività nell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento".
 - Raccolta dei dati aggregati sulle aggressioni a danno degli operatori verificatisi nel 2025 da inoltrare alla PAT, affinché provveda alla loro trasmissione all'Osservatorio Nazionale Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie.

- Attivazione del Tavolo Tecnico sugli agiti aggressivi, coordinato dal Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione, a cui partecipano rappresentanti di APSS e le Organizzazioni Sindacali OO.SS. (area personale dirigenza medica, veterinaria e sanitaria e area del personale non dirigenziale).
- Attivazione del Centro di riferimento e di coordinamento - osservatorio rischio aggressioni dell'APSS, coordinato dal Responsabile del Servizio Prevenzione Protezione che, fra i vari mandati, ha quello prioritario di lavorare alla definizione del Piano aziendale per la gestione del rischio aggressioni, adottato con deliberazione n. 884 del 23/12/2025.

Sorveglianza e controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali

- *Antimicrobial Stewardship*

È stato definito un aggiornamento delle modalità di prescrizione di alcuni antibiotici ad alto impatto epidemiologico e clinico, per cui è stato introdotto un nuovo sistema di richiesta nominale per la prescrizione degli antibiotici sottoposti a stretto monitoraggio, con l'obiettivo di favorire un uso più appropriato e responsabile della terapia antibiotica, in coerenza con le indicazioni provinciali e nazionali in materia di stewardship antimicrobica.

È stato revisionato e diffuso a tutte le Unità Operative interessate il documento aziendale "Protocolli di profilassi antibiotica nella chirurgia e nella medicina interventistica di elezione dell'adulto".

Sono stati elaborati i report semestrali sul consumo degli antibiotici da parte delle Farmacie ospedaliere di Trento e di Rovereto, i quali sono stati diffusi alle Unità Operative dei diversi Ospedali e presentati in occasione delle riunioni periodiche del CIO dei diversi Ospedali. Inoltre, la U.O.M. di Microbiologia e Virologia invia a tutte le Unità Operative e alle Direzioni Mediche Ospedaliere il report mensile sui microrganismi alert e resistenze.

- *Igiene delle mani*

Presso tutti gli ospedali sono state svolte, con la collaborazione delle DMO, l'osservazione della compliance dell'Igiene delle mani come da criteri dell'OMS presso gli ospedali di Rovereto, Arco, Cles, Tione, Borgo, Cavalese e secondo il metodo JCI presso l'Ospedale di Trento. In tutti gli ospedali le osservazioni hanno rilevato una buona adesione. Per favorire tale pratica sono stati acquisiti dei porta dispenser di soluzione idroalcolica da appendere su ciascun letto. Nel 2025, in tutti gli Ospedali, la scheda di osservazione è stata integrata con la valutazione della presenza di smalto e monili.

È stato implementato come da indicazione del Ministero della Salute il sistema di sorveglianza nazionale del consumo di soluzioni idroalcoliche per l'Igiene della Mani in collaborazione con il Servizio di Controllo di Gestione, stabilendo i criteri di raccolta dei dati e comunicando annualmente al sistema nazionale questi dati.

- *Sorveglianza ICA*

Nel dicembre 2025 è stato svolto (e supportato da attività di formazione) anche lo studio di Prevalenza con metodica ECDC (PPS3) presso gli ospedali di APSS, in

collaborazione con Università di Verona (Dipartimento Diagnostica e Sanità Pubblica) e l'Unione Provinciale Istituzioni per l'Assistenza.

Le DMO tramite il proprio personale ISRI (Infermiere specialista rischio infettivo) hanno svolto in continuo in tutte le UU.OO. che hanno avuto segnalazione di *microrganismo alert* dalla U.O.M. di Microbiologia e Virologia di Trento un monitoraggio sui corretti comportamenti degli operatori, dando le opportune indicazioni per il controllo della catena di trasmissione intra ospedaliera e quindi le idonee misure di isolamento e le precauzioni standard e aggiuntive da adottare.

- *Formazione*

È stata portata avanti e conclusa la formazione prevista dal PNRR- Missione 6, intervento 2.2 sul tema della prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza. Nel corso del 2025, tale formazione è stata offerta come di seguito riportato:

- Modulo 1 del Ministero della Salute: a tutti i professionisti sanitari di APSS;
- Modulo 2 dell'Istituto Superiore di Sanità e contestualizzato da APSS con casi clinici: ai professionisti del Dipartimento Anestesia e Rianimazione, dei Pronto Soccorsi dei 7 Ospedali, del Dipartimento Transmurale Ostetrico-Ginecologico, del Dipartimento Transmurale Pediatrico Medico.

Tale formazione è stata erogata in modalità Webinar sincrona ed è stata rivolta al personale sanitario di tutti gli Ospedali e delle RSA. Inoltre, l'attività formativa ha previsto la presentazione anche dei dati aziendali sull'aderenza all'igiene delle mani e il consumo di soluzione alcolica.

- *Protocolli e procedure*

L'attività di elaborazione/aggiornamento e diffusione di protocolli e procedure in ambito CIPASS ha riguardato: la revisione della "Procedura per l'igiene delle mani"; la revisione delle "Indicazioni sull'utilizzo di detergenti, antisettici e disinfettanti in APSS"; la revisione delle "Linee guida per l'uso dei guanti in ambito sanitario".

4.4 TEMPI DI ATTESA

RICOVERI CHIRURGICI

Tempi Attesa Interventi Oncologici PNGLA

I dati del periodo da gennaio a ottobre (10 mesi) del 2025 confermano il miglioramento globale rispetto all'anno 2024 sia per gli interventi chirurgici oncologici in priorità A sia per quanto riguarda la percentuale di rispetto dei tempi d'attesa sia per il tempo medio d'attesa ad eccezione dei tumori maligni (TM) della Mammella e della Tiroide. I tempi medi d'attesa per le neoplasie maligne sono tutti entro i 30 giorni previsti dalla priorità A eccetto per il TM della Prostata (in miglioramento) e della Tiroide.

Questo è stato dovuto un miglioramento generale della gestione delle liste d'attesa e miglioramento dell'appropriatezza nell'utilizzo delle priorità.

INTERVENTI PER TUMORE MALIGNO

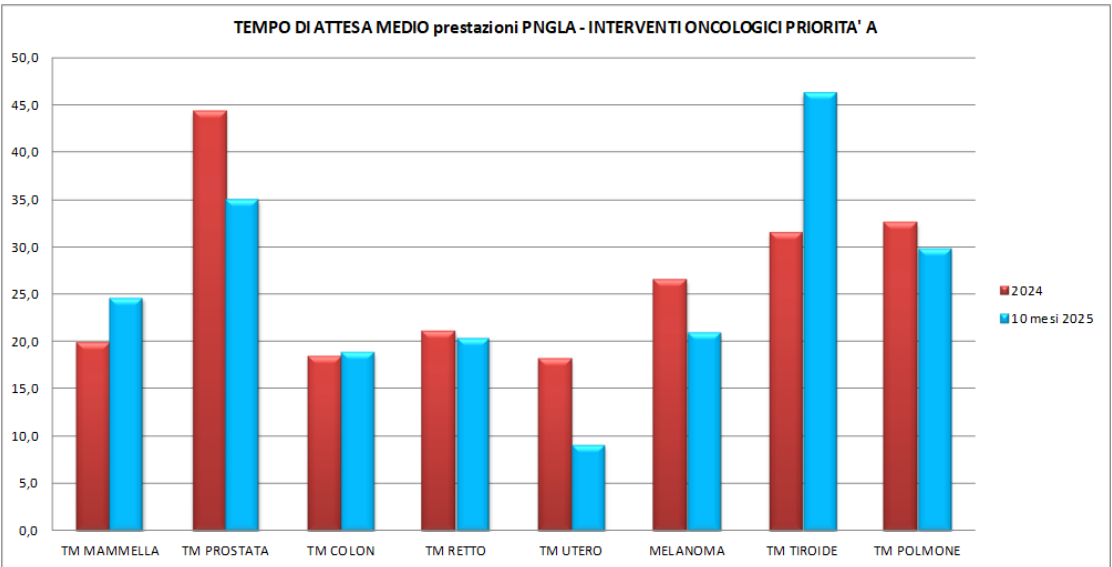
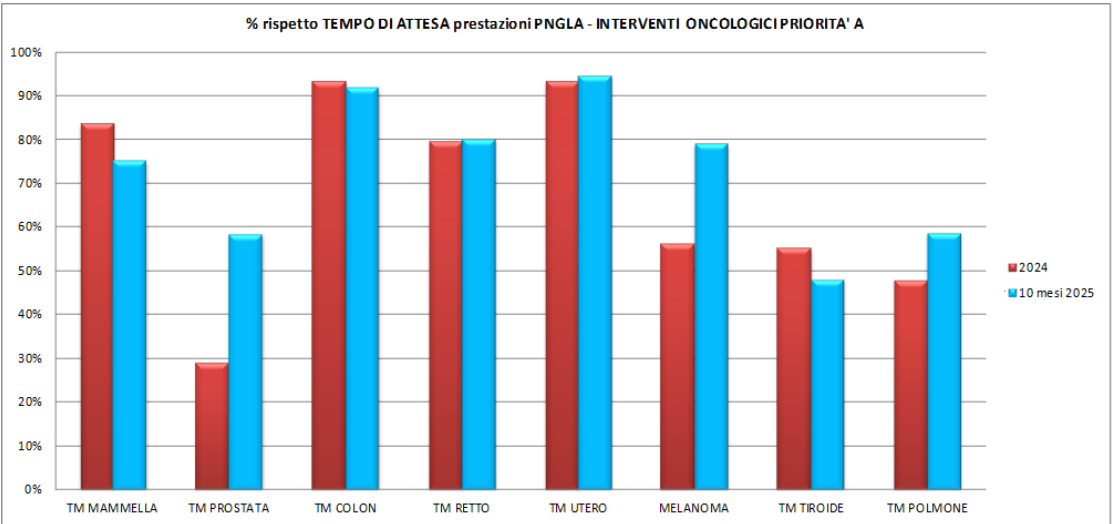
dati dal 01/01/2024 al 31/10/2025

Classe Priorità A	Target	2024				10 mesi 2025			
		Nr casi	90 percentile	TdA Medio	% rispetto TdA	Nr casi	90 percentile	TdA Medio	% rispetto TdA
TM MAMMELLA	30	524	34	19,9	84%	483	37,0	24,7	75%
TM PROSTATA	30	111	72	44,4	29%	84	62,7	35,1	58%
TM COLON	30	104	28	18,3	93%	73	29,8	18,9	92%
TM RETTO	30	39	34,2	21,1	79%	25	37,2	20,4	80%
TM UTERO	30	74	28	18,1	93%	55	24,8	9,1	95%
MELANOMA	30	25	38	26,6	56%	19	52,2	20,9	79%
TM TIROIDE	30	29	54,2	31,5	55%	25	102,4	46,4	48%
TM POLMONE	30	44	57,7	32,6	48%	29	59,6	29,9	59%

Nel caso del TM della Prostata, il cui dato è in miglioramento sia per quanto riguarda la percentuale di rispetto del tempo d'attesa, dal 29% al 58% e sia per quanto riguarda il tempo medio d'attesa da 44,4 giorni a 35,1 giorni.

Si segnala un miglioramento per quanto riguarda il TM del Polmone sia per la percentuale di rispetto della priorità dal 48% al 59%, sia per il tempo medio d'attesa da 32,6 giorni a 29,9 giorni.

Stabile la performance rispetto al 2024 per i TM di colon, retto e utero.



Tempi attesa Interventi Non Oncologici PNGLA

Anche per gli interventi chirurgici non oncologici in priorità A il periodo da gennaio a ottobre del 2025 ha visto un miglioramento globale sia per quanto riguarda la percentuale di rispetto dei tempi d'attesa sia per il tempo medio d'attesa.

In area **cardiovascolare** tutte e tre le prestazioni monitorate hanno una percentuale di rispetto dei tempi d'attesa oltre il 90% e tempi medi d'attesa addirittura inferiori ai 15 giorni.

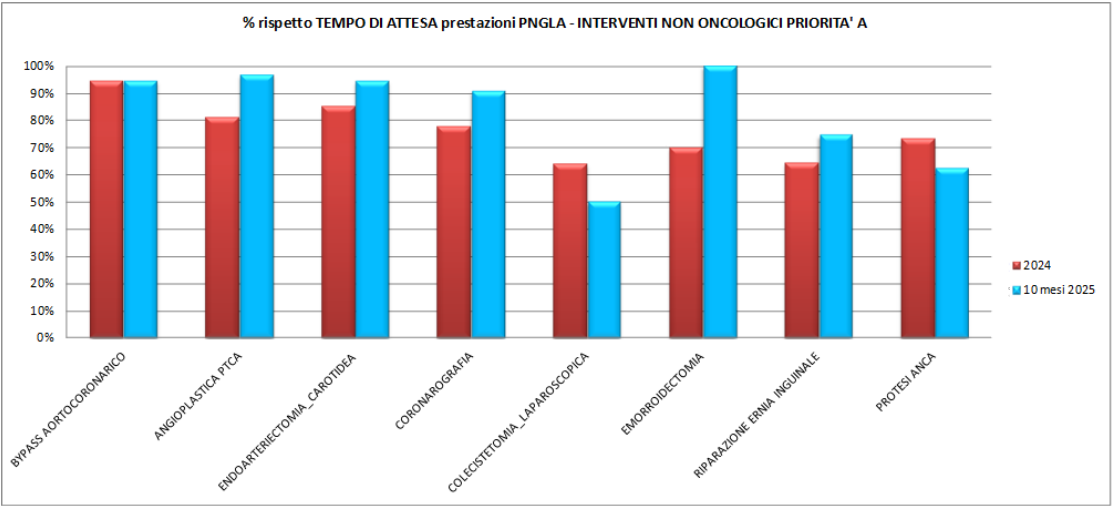
Per le prestazioni di **chirurgia generale** il dato è globalmente in miglioramento ad esclusione delle colecistectomie laparoscopiche, infatti i tempi medi d'attesa in questo ambito sono inferiori ai 23 giorni, salvo le colecistectomie con un tempo medio d'attesa di 38,9 giorni.

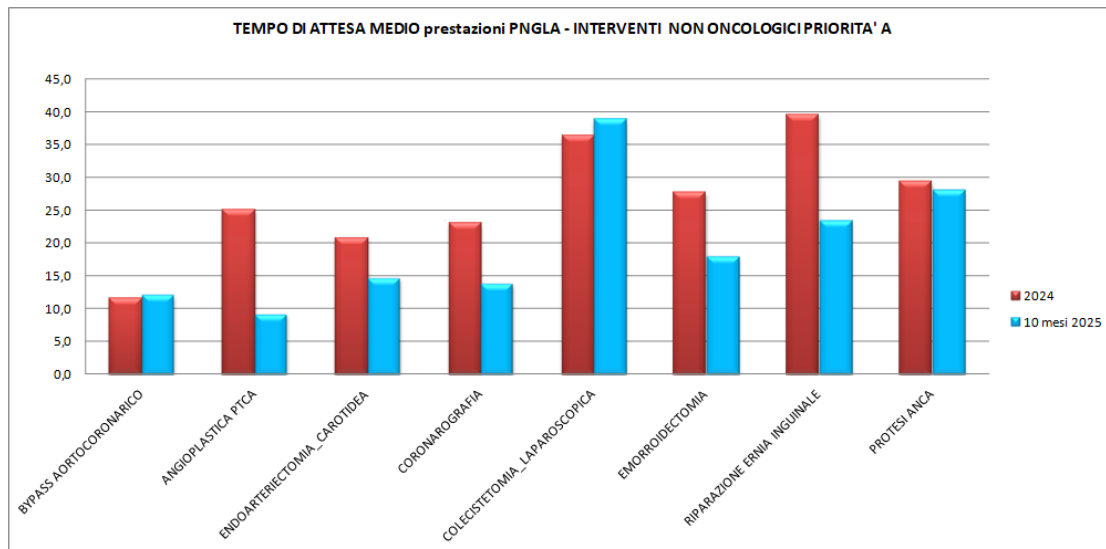
In ambito **ortopedico**, il dato per l'intervento di protesi d'anca in priorità A è in lieve peggioramento per quanto riguarda la percentuale di pazienti operati entro il tempo d'attesa previsto, sceso dal 73% al 63% ma con un tempo medio d'attesa medio di 28,1 giorni.

INTERVENTI PNGLA NON ONCOLOGICI

dati dal 01/01/2024 al 31/10/2025

Classe Priorità A	Target	2024				10 mesi 2025			
		Nr casi	90 percentile	TdA Medio	% rispetto TdA	Nr casi	90 percentile	TdA Medio	% rispetto TdA
BYPASS AORTOCORONARICO	30	55	20,6	11,6	95%	55	26,0	12,1	95%
ANGIOPLASTICA PTCA	30	169	41,2	25,2	81%	90	26,0	9,2	97%
ENDOARTERIECTOMIA_CAROTIDEA	30	75	35,0	20,8	85%	53	27,8	14,6	94%
CORONAROGRAFIA	30	351	46,0	23,1	78%	258	29,3	13,8	91%
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	30	64	72,7	36,5	64%	56	75,0	38,9	50%
EMORROIDECTOMIA	30	10	57,2	27,7	70%	3	24,4	18,0	100%
RIPARAZIONE ERNIA INGUINALE	30	76	86,0	39,7	64%	59	42,8	23,6	75%
PROTESI ANCA	30	79	52,2	29,5	73%	72	61,9	28,1	63%





PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. Sintesi delle azioni

Nel corso del 2025 nell'ambito dell'attuazione delle "Linee di indirizzo della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie" contenute nell'allegato A della DGP n.1783 del 8 novembre 2024 è stato implementato un sistema centralizzato deputato a dare risposta alle richieste di appuntamento entro i tempi massimi previsti anche in situazioni di difficoltà, attraverso lo sviluppo e la gestione integrata e modulare di diversi strumenti quali:

- l'utilizzo della cosiddetta "forzatura" ossia l'inserimento di slot in sovrannumero concordato con gli erogatori
- l'utilizzo centralizzato delle disdette attraverso un meccanismo di segnalazione attiva dello slot libero all'Ufficio CUP Manager
- l'utilizzo centralizzato delle prestazioni incentivanti degli specialisti ambulatoriali interni (SAI)
- la richiesta mirata di prestazioni orarie aggiuntive (POA) per l'attivazione di sedute ambulatoriali supplementari in ambito aziendale
- la richiesta di offerta aggiuntiva e/o rimodulazione della tipologia di prestazioni al privato accreditato
- il ricorso all'utilizzo della libera professionale intramuraria.

2. Gestione (sintesi) liste in attesa

Nel periodo che va dalla seconda metà del 2024 ai primi nove mesi del 2025 è stata ottenuta una riduzione di utenti inseriti nel "contenitore" (da oltre 20.000 nominativi a circa 8.000 nel mese di ottobre) grazie ad un importante incremento dell'attività di erogazione di prestazioni specialistiche da parte delle UUOO e degli specialisti ambulatoriali coinvolti. Nel corso della seconda metà del 2025, a seguito sia della necessaria revisione dei codici del Nomenclatore tariffario sia dell'avvio della transizione verso il nuovo software CUP, conseguente all'esito della gara di nuova gestione della fornitura del servizio, sono emerse criticità non inizialmente prevedibili che hanno determinato, soprattutto a seguito dell'avvio del nuovo software CUP, un rilevante incremento del numero di utenti nel "contenitore" – criticità che, a fine anno 2025, erano in corso di gestione.

Di seguito si riportano le percentuali di garanzia rilevate a fine 2025 per classi ad

elevata priorità (UBD) – dati provvisori:

RAO U (≤ 3 GG)	66%
RAO B (≤ 10 GG)	64%
RAO D (≤ 30 GG)	79%
RAO P	75%

3. Utilizzo slot di libera professione intramuraria

Per quanto riguarda la libera professione intramuraria, che il comma 7 ter dell'art. 26 della Legge Provinciale n. 16 del 2010 e il DL 73 del 7.6.2024 fanno rientrare tra gli strumenti a disposizione per la gestione delle richieste con priorità non soddisfatte entro i tempi massimi stabiliti, l'Ufficio CUP Manager del Servizio Specialistica ambulatoriale ha facoltà di individuare nelle agende della libera professione intramuraria eventuali posti disponibili entro la tempistica richiesta e di fissare l'appuntamento all'utente per consentire il rispetto dei tempi massimi stabiliti per la priorità assegnata.

L'utente viene informato che per poter garantire l'erogazione della prestazione entro i tempi massimi il suo appuntamento è stato fissato in un'agenda di libera professione intramuraria e che l'accesso alla prestazione avviene con le stesse modalità previste per l'attività istituzionale, con l'impegnativa e con pagamento del ticket se dovuto.

Nel caso che per un utente provvisto di impegnativa con priorità la prenotazione sia effettuata da APSS nell'agenda di libera professione dello specialista, quest'ultimo viene adeguatamente informato e nel corso della visita specialistica se necessario utilizza la ricetta dematerializzata per il completamento del quesito diagnostico o per la successiva presa in carico per attività di controllo (follow-up). APSS provvede al pagamento della prestazione al medico che la effettua durante l'attività libero-professionale secondo la tariffa indicata dallo stesso. I criteri utilizzati per la ricerca dei posti disponibili nelle agende di libera professione sono costituiti dalla presenza di agende aperte, di spazi disponibili per la specifica prestazione nei tempi richiesti, dalla tariffa libero-professionale meno onerosa e a parità di disponibilità dalla rotazione delle agende di libera professione utilizzate.

4.5 COMUNICAZIONE

Nel 2025 l'area comunicazione di APSS (Ufficio rapporti con il pubblico e Ufficio Comunicazione esterna, Ufficio di staff del Consiglio di direzione e comunicazione interna) ha garantito una diffusione strutturata e continua delle informazioni verso cittadini, portatori di interesse e personale interno, nel rispetto della normativa e con l'obiettivo di promuovere la salute e valorizzare l'attività aziendale. L'Ufficio comunicazione esterna, l'Ufficio di staff del Consiglio di direzione e comunicazione interna e l'URP, collocati in diretta afferenza alla Direzione generale, hanno operato come interfaccia qualificata con media, istituzioni e cittadini, sostenendo processi di semplificazione, trasparenza e cambiamento organizzativo.

Comunicazione interna

La comunicazione interna ha contribuito a rafforzare il senso di appartenenza e il benessere organizzativo attraverso strumenti consolidati: newsletter settimanali e mensili, notiziario «ApssNotizie» (con «Fast News», «APSS post-it», «Mondo Medico» e collana «Quaderni di lavoro») e momenti informativi in plenaria, anche da remoto. Nel 2025 è proseguita la gestione del Piano di comunicazione PNRR – FSE 2.0, con 9 video-pillole più

un video evento (365 visualizzazioni medie), 6 newsletter inviate tramite MailUp (tasso medio di apertura 72% e click 4,1%) e 10 notizie interne, a supporto della digitalizzazione e della diffusione del Fascicolo sanitario elettronico 2.0.

Comunicazione esterna

L'attività con i media si è confermata centrale: nel 2025 sono stati realizzati 175 comunicati stampa e 20 conferenze stampa (in crescita rispetto agli anni precedenti), oltre a collaborazioni con testate, radio e televisioni locali. L'Ufficio comunicazione ha coordinato campagne, pubblicazioni e materiali editoriali, garantendo coerenza linguistica e qualità.

Le campagne di comunicazione 2025 hanno adottato un approccio multicanale integrato: attrazione studenti per Scienze infermieristiche, reclutamento MMG, campagne di prevenzione (HPV, cardiovascolare, diabete, virus respiratorio sinciziale), comunicazione su prescrizioni, TreC+ e Fascicolo sanitario elettronico. L'editoria ha prodotto 92 pubblicazioni (contro 56 nel 2024), suddivise nelle collane Carta dei Servizi, Promozione della Salute e Quaderni di Lavoro.

La produzione audiovisiva è cresciuta significativamente: 51 reel (31 nel 2024), 25 video YouTube e numerosi tutorial tecnici. I canali social hanno rafforzato il ruolo di "URP digitale": nel 2025 sono stati gestiti 105 messaggi diretti e 207 commenti. Instagram ha raggiunto 5.180 follower, Facebook 17.237, LinkedIn 9.296, YouTube 4.260 iscritti; Threads e X sono in fase di definizione strategica. Il sito internet APSS ha registrato 2.861.622 utenti e 6.457.996 pagine visitate.

L'URP ha coordinato il sistema di rilevazione delle segnalazioni: nel 2025 sono state registrate 14.969 segnalazioni (7.701 informative, 6.345 potenzialmente negative, 721 amministrative), con tempi medi di risposta ai reclami di circa 5 giorni; sono stati inoltre raccolti 147 elogi e 55 suggerimenti. Proseguono le attività di mediazione culturale (oltre 90% di valutazioni positive), il confronto con le associazioni di volontariato (7 incontri) e il lavoro della Commissione Mista Conciliativa.

L'URP ha coordinato il sistema di rilevazione delle segnalazioni dei cittadini quale strumento di ascolto strutturato e supporto all'orientamento ai servizi. Nel 2025 sono state registrate complessivamente 14.969 segnalazioni, in larga parte di natura informativa (7.701), a conferma del ruolo centrale dell'URP nell'accompagnamento dei cittadini. Le segnalazioni potenzialmente negative sono state 6.345, includendo dal 2025 anche tipologie prima non rilevate per rappresentare in modo più completo l'attività di supporto. I reclami più complessi hanno avuto un tempo medio di risposta di circa 5 giorni. Rilevante anche il supporto amministrativo (721 richieste) e la raccolta di feedback positivi e propositivi, con 147 elogi e 55 suggerimenti, utilizzati come leva per il miglioramento continuo dei servizi.

Nel 2025 è stato avviato anche il percorso di definizione dell'identità comunicativa della nuova Azienda sanitaria universitaria integrata del Trentino (ASUIT), con la produzione del Manuale di immagine coordinata e del nuovo sito web.

4.6 INFRASTRUTTURE E ATTREZZATURE SANITARIE

1. ADEGUAMENTO ANTINCENDIO DELLE STRUTTURE SANITARIE (SCIA 6-9)

A fine 2024 si era concluso il deposito delle SCIA a 3 anni, eccetto quelle degli ospedali di Trento e Rovereto. I termini di adeguamento degli ospedali prevedono il 24 aprile 2026 per la SCIA a 6 anni e 24 aprile 2028 per la SCIA a 9 anni (conclusione dell'adeguamento). Il Ministero della Salute nel corso del 2024 ha effettuato una ricognizione per raccogliere informazioni dalle Regioni e dalle Province Autonome sui reali tempi di adeguamento; è stato inviato un programma con tempi che in alcuni casi raggiungono il 2032 per alcuni ospedali. È stato accordato il finanziamento pluriennale da parte della PAT per i lavori di adeguamento antincendio SCIA 6-9 con l'erogazione materiale delle prime tranche per gli interventi rientranti nelle previsioni di adeguamento del DM 3.8.2015. Nel 2026 si procederà all'aggiornamento del Piano generale delle strutture, con particolare riferimento al presidio S. Chiara, operazione resa possibile dall'attivazione dei nuovi spazi presso il San Camillo. Il 2025 è stato infatti l'anno decisivo: dopo la sottoscrizione del contratto di locazione per il 4° piano e l'adeguamento progettuale alle esigenze di APSS, i lavori sono stati affidati e conclusi nel mese di novembre. Il conseguente trasferimento delle funzioni ambulatoriali, programmato per la prima metà di dicembre 2025, libererà gli spazi necessari per avviare gli interventi antincendio e funzionali presso il Santa Chiara.

Per cogenze legate all'attuazione del PNRR, i procedimenti relativi all'adeguamento antincendio (progettazioni) hanno subito un inevitabile rallentamento per ciò che attiene le strutture APSS, sia ospedaliere che territoriali. L'affidamento degli incarichi di progettazione, con procedure di gara europea, è necessariamente slittato al 2026 per dare la precedenza alle procedure di affidamento di lavori e servizi connessi con il PNRR (PNC e PRRO) alcuni dei quali hanno richiesto sostanziali rimodulazioni degli incarichi. La gestione dei progetti del PNRR è stata complessa e impegnativa sia per numerosità di interventi gestiti in contemporanea, sia per i requisiti prestazionali richiesti dalle procedure PNRR (DNSH, CAM, ecc.) e sia per le condizioni intrinseche del mercato che vedono le imprese impegnate su più cantieri con scadenze ravvicinate.

2. PIANO DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA SANTA CHIARA E TRASFERIMENTI CONNESSI

Nel corso del 2025, sono proseguiti, in base alla quota di risorse messe a disposizione operativamente dalla Provincia, rispetto al previsto finanziamento complessivo pluriennale di 34 milioni di euro, gli interventi tipologici, individuati nel piano stesso (efficientamento energetico, miglioramento del comfort, rispondenza ai requisiti normativi ed autorizzativi, ecc.) secondo una priorità ed una programmazione definita con la DMO/SOP e resa compatibile con l'attività sanitaria e unificata e, laddove possibile, con gli interventi di messa a norma antincendio. Gli interventi attuati, dettagliati in un programma interno, condiviso con la DMO, hanno corrisposto ad esigenze funzionali programmate o emergenti, ma anche ad adattamenti connessi con l'acquisizione di nuove tecnologie anche diversi dagli interventi di installazione connessi con il PNRR.

Gli interventi attuati, di cui di seguito vengono riportati i principali, hanno garantito le ratio tipologiche del miglioramento della struttura in sicurezza, funzionalità ed adeguatezza agli standard di prestazione tecnologica. Il piano operativo messo in campo è composto da una serie di interventi di manutenzione straordinaria, condivisi con la Direzione, una parte dei quali eseguiti nell'anno di riferimento e altri da attuare nel periodo necessario a mantenere l'attività nell'attuale sede ospedaliera. Il piano 2025 ha impegnato sia i servizi manutentivi che i servizi di attuazione degli investimenti nonché la parte giuridico amministrativa patrimoniale per quanto riguarda le attività di gara e di gestione economica correlata. In generale nell'eseguire gli interventi, attraverso il raccordo

sinergico con la DMO si è cercato di garantire la minimizzazione degli impatti sulla componente sanitaria e il contenimento della riduzione dei posti letto.

Nel complesso, il piano redatto a marzo comprendeva 21 interventi che sono poi divenuti 23 in corso d'anno per far fronte a nuove esigenze emerse e comunicate dalla DMO come urgenti.

Si riportano di seguito gli interventi più rilevanti che hanno impegnato la struttura, anche in maniera estemporanea, che si trovano a vari livelli di avanzamento: spogliatoi maschili, riqualificazione medicina nucleare, completamento interventi sugli impianti per prevenzione legionella, completamento telecontrollo impianti termomeccanici, riqualificazione sala operatoria 9, messa in sicurezza facciata Sud, manutenzione copertura corpo C, potenziamento sistema smaltimento acque meteoriche, pediatria stanze morbide, implementazione impianti rilevazione incendi in piazzola, potenziamento impianti elettrici sala operatoria 6 per arco a C, sostituzione rivelatori incendio oltre 12 anni, interventi puntuali di condizionamento, condizionamento corpo oncologico, sistema di raccolta e smaltimento dei reflui radioattivi della medicina nucleare, nuova sala per angiografia vascolare, ampliamento centrale gas medicali, impianti sperimentali accesso parcheggi tramite lettura targhe, ampliamento magazzini antincendio presso ex IPAI, realizzazione nuovi spogliatoi corpo oncologico. È inoltre proseguito il supporto al Servizio Ingegneria Clinica per alcuni interventi non PNRR (CATENA ANALITICA, CONE BEAM CT, 2 RADIOLOGICI DI PS, APP RADIOL PS, TAC PS).

3. PROGETTO DI FATTIBILITÀ TECNICA ED ECONOMICA DEL POLO OSPEDALIERO UNIVERSITARIO DEL TRENTINO (PFTE del POUT)

Nel corso del 2025 è proseguita la collaborazione tecnica nell'ambito della struttura commissariale con partecipazione continuativa ai tavoli di coordinamento della struttura a livello aziendale e a livello provinciale. Dopo l'approvazione dei documenti tecnici programmatori, redatti principalmente dal gruppo di lavoro tecnico di APSS ed approvati nella seconda metà del 2024, è stata bandita, con la collaborazione tecnica di APSS, la gara per la progettazione con opzione della Direzione Lavori. Apss ha garantito anche fondamentale apporto nell'ambito del gruppo di valutazione delle proposte sia per la progettazione (con opzione DL) che per l'assegnazione della verifica progettuale.

La procedura si è conclusa con l'aggiudicazione al RTI ATI Project nel febbraio del 2025. Nello stesso mese sono stati nominati Responsabili della fase di esecuzione del Servizio il Direttore del Dipartimento Infrastrutture di APSS e Direttore dell'esecuzione del Servizio il Dirigente dell'UMSE Polo Ospedaliero e Universitario del Trentino; pertanto APSS ha garantito oltre la funzione di vicecommissario anche quelle di RUP e DEC dei due servizi in oggetto. Nel marzo 2025 è stata avviata la fase di progettazione e verifica della stessa, attività tuttora in corso. La fase di progettazione è stata gestita per tutto il 2025 in fortissima sinergia tra progettisti, RUP e DEC e con il coinvolgimento di tutti i soggetti aziendali ed esterni potenzialmente interessati alla progettazione di un'opera così rilevante. Con l'avvio della progettazione è stato immediatamente attivato un flusso intenso e continuativo con i progettisti incaricati, con un confronto sistematico finalizzato allo sviluppo dettagliato delle diverse articolazioni del progetto. Sono stati attivati numerosissimi incontri tecnici con i professionisti di APSS — sia sanitari sia tecnici — oltre che con i rappresentanti dell'Università, il Commissario per la viabilità tangenziale, i gestori dei sottoservizi, il Comune di Trento e i principali servizi provinciali competenti al rilascio delle autorizzazioni e dei pareri necessari. La progettazione è stata sospesa nel mese di luglio 2025 a seguito della sentenza n. 115/2025 del TRGA di Trento. Le attività sono poi riprese in agosto 2025 in esecuzione dell'ordinanza cautelare del Consiglio di Stato n. 2815/2025 del 31/07/2025, Reg. prov. cautelari n. 5647/2025.

4. PNRR, PNC e PRRO

Elenco Interventi il cui iter procedimentale ha interessato il 2025:

- n.12 CDC, di cui 10 da Piano (10 appalti principali + 2 cottimi) e 2 Overbooking, per un totale di 14 interventi;
- n. 4 ODC, di cui 3 da Piano e 1 Overbooking, per un totale di 4 interventi;
- n. 5 MIGLIORAMENTO SISMICO (poi diventati 7 a seguito di rimodulazione tra PNRR e ONC con l'introduzione di 1 overbooking PNRR);
- n.12 PRRO, di cui 7 per terapia intensiva e sub intensive nonché 5 di miglioramento dei percorsi di PS in corso nel 2025 i monitoraggi e le rendicontazioni nonché l'esecuzione dell'intervento di Rovereto;
- n. 6 PROPEDEUTICI E COMPLEMENTARI (REMS, Traversa via Mantova, Antincendio CCS Riva, Arco le Palme per NPI e Psicologia, Infrastruttura elettrica Perusini, Hospice Perusini).

La Provincia Autonoma di Trento ha scelto di non aderire agli accordi quadro di carattere nazionale per quanto riguarda le progettazioni e le realizzazioni di detti interventi pertanto il Dipartimento Infrastrutture di APSS è stato fortemente impegnato sia nella componente tecnica che giuridico amministrativa per l'assegnazione degli incarichi tecnici (progettazioni, direzioni lavori, sicurezza, direzioni operative, collaudi), per la gestione dell'assegnazione degli appalti successivamente nella gestione contrattuale esecutiva oltre che nella reportistica (MEF, MDS, BDAP; Regis PAT e Corte dei Conti).

Nel corso del 2025 è quindi proseguita la fase attuativa degli interventi PNRR e PNC, nonché del PRRO che è confluito nelle regole rendicontative PNRR, oltre agli interventi preliminari o complementari connessi con gli stessi; l'ammontare complessivo dei finanziamenti (statali e PAT) è ingente e la numerosità degli interventi (quasi 30) ha catalizzato in maniera importante le risorse del Dipartimento Infrastrutture di APSS anche in relazione al fatto che si sono rese necessarie in corso d'anno rimodulazioni del Piano Operativo Provinciale per l'eliminazione di interventi e per diversa assegnazione delle coperture finanziarie tra fondi provinciali e statali; particolarmente impegnativa in tal senso la partita degli interventi Verso un Ospedale Sicuro che hanno comportato la radicale sostituzione a marzo degli interventi di Rovereto con quelli di Arco (n. 3) e la conseguente ripartenza dei relativi procedimenti.

Si tratta di ingenti finanziamenti statali, molto superiori alla quota storica e subordinati a dei vincoli temporali che ne impongono il completamento in tempi estremamente ridotti (2026 per il PNRR); gli interventi sono stati gestiti in maniera sostanzialmente contemporanea, data la corrispondenza delle scadenze intermedie e finali.

Rispetto al finanziato nazionale, sono stati introdotti 4 interventi ulteriori in overbooking (2 CDC, 1 ODC 1 VOS PNRR). Nel 2025 si sono conclusi vari interventi PNRR rispondenti alle seguenti linee di finanziamento della missione 6:

- 4 Casa Della Comunità: ALA (già 2024), SEN JAN DI FASSA, MALE', BORGO VALSUGANA
- 3 Casa Della Comunità risultano in fase di ultimazione entro il 2025: CSS Trento Sud overbooking, Mezzolombardo overbooking e Rovereto
- 3 Ospedali di Comunità: MEZZOLOMBARDO, ALA, TIONE (overbooking)
- 1 VOS: PERGINE VALSUGANA

Si sono inoltre conclusi i lavori rispetto a 2 interventi complementari al PNRR REMS (già 2024) e LE PALME secondo piano (2025) che risultavano fondamentali e bloccanti per alcuni interventi del PNRR strictu sensu.

Nei primi mesi del 2026 si concluderanno i lavori di quattro Case di Comunità (CdC) previste dal POP, superando di un'unità il target nazionale. Analogamente, nello stesso periodo sarà ultimato l'Ospedale di Comunità di Pergine Valsugana, anch'esso realizzato in aggiunta rispetto agli obiettivi nazionali prefissati

Per quanto attiene gli interventi del PRRO (miglioramenti PS posti di TI e SI) nel 2025 sono proseguite le attività per la realizzazione dei 32 posti di TI di Rovereto che ha impegnato l'intero 2025 e che terminerà nel 2026 e che ha richiesto il coordinamento con la DMO oltre che con le componenti aziendali che si occupano della fornitura delle tecnologie e degli arredi oltre che la compatibilizzazione con gli interventi di miglioramento sismico.

Nel 2025 è terminato l'intervento preliminare di miglioramento sul Perusini propedeutico agli interventi CDC, ODC e al complementare Hospice.

5. SUPPORTO GRANDI ATTREZZATURE PNRR

Per quanto attiene i lavori connessi con le grandi attrezzature (LINAC, radiologici, angiografi...) si è puntato al conseguimento del target relativo a 10 apparecchiature PNRR acquisite mediante adesione ad accordi quadro Consip. Si è trattato nel dettaglio di interventi residui di PNRR da completare così distribuiti:

- 2 area Est (TC Borgo e Cavalese) i cui lavori risultano ultimati e le attrezzature in funzione
- 4 sull'area Sud (1 radiologico Rovereto in funzione, 2 TC: Arco in fase di collaudazione a dicembre e Tione collaudata ed in funzione), 1 Angiografo cardiologico per Rovereto operativo da dicembre)
- 4 nell'area Nord (1 TC Trento, 1 radiologico Cles, 1 acceleratore lineare Trento e 1 angiografo biplano Trento - tutte le apparecchiature sono collaudate e pienamente operative - restano da completare alcune fasi della formazione per la TC di Trento).

Oltre alla programmazione PNRR, l'Area Sud è stata interessata da significativi interventi aggiuntivi. A Rovereto si sono conclusi la ristrutturazione della sala operatoria 5 e la copertura del corridoio sporco del blocco operatorio, opere propedeutiche all'installazione dell'angiografo vascolare (previsto successivamente per Trento). Sono inoltre in corso i lavori per il nuovo ambulatorio chirurgico dedicato ai laser oculistici, mentre ad Arco procede l'installazione di una nuova diagnostica radiologica.

A Nord si sta procedendo a quanto necessario per 4 grandi attrezzature:

- angiografo Vascolare inizialmente programmato su Rovereto poi spostato a Trento i cui lavori sono in fase di affidamento;
- 2 radiologici acquistati nel 2025 i cui lavori interesseranno Trento dopo l'intervallo Olimpico per non generare disservizi;
- 1 TC ad alti volumi che sarà installata nel 2026.

6. ATTUAZIONE INTERVENTI INVESTIMENTO RILEVANTI

La realizzazione della sala ibrida presso l'ospedale di Trento ha subito rilevanti ritardi connessi a due principali fattori: il gruppo di progettazione ha avuto alcune

problematiche e contenziosi interni che hanno rallentato il procedimento e che saranno oggetto di comminazione di penali mentre gli imprevisti relativi ai sottoservizi e agli incerti fondazionali, data la forte presenza di preesistenze, hanno rallentato l'iter, ma non risultano imputabili all'aggiudicatario. Nel corso del 2025 è stato sviluppato il progetto esecutivo, acquisiti i pareri degli enti preposti e dei soggetti interni e definite nel dettaglio la dotazione interna degli ambienti e quella tecnologica in base all'offerta. Sono state sviluppate a partire dall'estate, le opere fondazionali, e la maglia strutturale per concludere l'involucro a fine 2025. I primi mesi del 2026 sono previsti la finitura e l'attrezzaggio oltre alla messa in funzione della HOR.

Attualmente sono in fase avanzata di realizzazione i lavori di ristrutturazione degli spazi di disbrigo per l'accesso alla sala ibrida e di contestuale rinforzo ed adeguamento della sala 9 per accogliere la TC intra operatoria per la neurochirurgia, si tratta di fatto del completo rifacimento ed ammodernamento della sala, gestiti dal Servizio Manutenzione Nord che, diversamente da quanto inizialmente ipotizzato hanno comportato una rilevantissima ristrutturazione strutturale ed impiantistica. Tali interventi tuttavia garantiranno l'adeguamento del Santa Chiara nelle more del trasferimento al Polo Ospedaliero Universitario del Trentino.

Per quanto concerne l'Hospice pediatrico, nell'area del PUOT, nel corso del 2025 si è dato seguito all'avvio dei lavori principali; i lavori hanno potuto avere seguito successivamente ad una fase di precarica del terreno per raggiungere i cedimenti previsti progettualmente. Entro il 2025 verranno concluse le opere strutturali per poter poi proseguire nel 2026 con gli impianti e le finiture; anche l'intervento dell'Hospice in base agli accordi sottoscritti con il ministero per gli Affari Istituzionali dovrà concludere il proprio iter nel 2026.

4.7 TECNOLOGIE

Nell'anno 2025 APSS con il Dipartimento Tecnologie ha proseguito il percorso di crescita strutturata, sia in termini di volumi gestiti sia di complessità organizzativa e progettuale, dando attuazione alle linee strategiche definite nel piano di settore 2025-2027. I risultati raggiunti evidenziano un avanzamento importante su tutti gli ambiti organizzativi con un incremento della spesa, un'evoluzione della capacità di delivery e di integrazione dei servizi digitali aziendali. Di rilevante valore appare la capacità di affiancare a sistemi in via di dismissione nuovi sistemi in grado di coesistere con la complessità di funzionamento integrato relativa.

Sul piano trasversale, il Dipartimento Tecnologie ha continuato a sviluppare modelli evoluti di project e program management, nonché di presidio dei progetti PNRR, garantendo continuità tra pianificazione, realizzazione e rendicontazione. Rilevante in questo ambito anche l'azione di rafforzamento delle competenze interne che è culminata nell'apertura di un cantiere di formazione propedeutica al raggiungimento della certificazione internazionale PMP (Project Management Professional). Il dipartimento, con lo staff dirigenziale, ha continuato a seguire anche progetti di innovazione di processo con particolare attenzione alle metodologie lean e Bpmn.

In ambito infrastrutturale prosegue il difficile cammino di ammodernamento e messa in sicurezza delle reti, dei data center e dei servizi di base. Le attività svolte pongono basi solide per l'evoluzione dell'architettura tecnologica aziendale sia negli aspetti di rete fisica che nella gestione dei processi. Importante azione anche sul tema Cybersecurity con la realizzazione di uno studio a 360 gradi delle procedure e delle dinamiche organizzative da porre in essere in attuazione delle recenti normative.

L'ambito applicativo ha registrato un avanzamento particolarmente significativo, con il rinnovamento dei sistemi core sanitari e l'evoluzione di alcune aree amministrative, l'avvio di nuove piattaforme abilitanti e l'implementazione progressiva dei progetti PNRR, tra cui quelli relativi alla Cartella Clinica Elettronica, al Fascicolo Sanitario Elettronico, al CUP sistema di prenotazione e al Sistema informativo Territoriale. Tali interventi hanno contribuito in modo diretto al miglioramento dei servizi per i cittadini e al supporto dei professionisti sanitari, favorendo interoperabilità, sicurezza e qualità del dato clinico.

Infine, l'ambito dati ha visto una crescita rilevante in termini di centralità strategica e di maturità tecnologica. Il potenziamento della Data Platform, l'estensione dei cruscotti direzionali e di monitoraggio e la strutturazione delle filiere informative hanno rafforzato la capacità aziendale di programmazione, controllo e valutazione delle performance, avviando un modello di governo del dato sempre più condiviso e trasversale. Si segnala in particolare la partecipazione di Apss al progetto di evoluzione del sistema centrale Nsis, con l'obiettivo di migliorare la qualità dei debiti informativi verso l'amministrazione centrale.

Nel loro insieme, i risultati conseguiti delineano un percorso di trasformazione digitale solido e progressivo, che ha posto le fondamenta organizzative, tecnologiche e metodologiche per sostenere le sfide future dell'Azienda sanitaria, in un contesto caratterizzato da forte innovazione, integrazione e crescente complessità.

Di seguito una verticalizzazione sui principali risultati conseguiti dalle strutture organizzative afferenti al Dipartimento Tecnologie.

Servizio Soluzioni Sanità Digitale

Nel corso del 2025 sono stati conseguiti importanti risultati nell'ambito delle nuove soluzioni di sanità elettronica. Il nuovo modulo di Pronto Soccorso della Cartella Clinica Elettronica è stato completamente avviato assicurando il rinnovamento dei sistemi in area Emergenza-Urgenza e l'acquisizione del livello 3 EMRAM. Parallelamente è stata completata la stesura del piano di dettaglio per la diffusione dei moduli Ambulatoriale e Materno-Infantile, comprendendo anche la prima fase di collaudo per le due cartelle.

È stato inoltre completato l'avvio del nuovo sistema CUP, attivando il nuovo contratto. In area diagnostica, il sistema di refertazione per l'Anatomia Patologica ha concluso con esito positivo il collaudo presso i presidi di Trento e Rovereto, accompagnato dalla predisposizione del piano di progetto.

Nell'ambito del Sistema Informativo Territoriale SIAT sono state completate le analisi funzionali dei moduli di riabilitazione, salute mentale e cure primarie, insieme alla definizione del disegno architettuale. La documentazione progettuale e le attività di dimensionamento degli ambienti tecnologici risultano in fase finale, con un quadro tecnico ormai consolidato.

Per quanto riguarda il Fascicolo Sanitario Elettronico, sono state rispettate le scadenze del decreto transitorio, Fase I, tra cui la messa a disposizione su TreC+ della nuova funzione di trasparenza a favore dei cittadini, mentre la produzione della documentazione architettuale di evoluzione del sistema ha raggiunto uno stadio avanzato.

Sono stati completati anche interventi di particolare priorità direzionale: è stata messa in produzione la funzionalità per la gestione della prescrizione digitalizzata per l'assistenza

protesica integrativa e aggiuntiva, corredata dalla relativa documentazione, e sono collaudate le funzioni di prescrizione dematerializzata per i medici della Continuità Assistenziale. Nel frattempo è proseguito lo sviluppo del portale dedicato alla prescrizione dematerializzata, con l'avvio delle attività tecniche necessarie alla definizione delle soluzioni di sicurezza, tra cui la valutazione dell'autenticazione a due fattori.

E' inoltre importante rilevare che è stata completata la diffusione del LIS per la patologia clinica, il nuovo sistema di PMA, il nuovo sistema per medico competente e per il datore di lavoro, il nuovo sistema per il rischio clinico.

Servizio Operazioni e Infrastrutture IT

Nel 2025 le attività relative ai servizi di operation e all'infrastruttura IT hanno portato a risultati concreti che hanno contribuito al consolidamento e all'evoluzione dell'infrastruttura tecnologica aziendale per servizi critici quali il networking, la cybersecurity e i servizi di posta elettronica e collaboration.

Sul fronte infrastruttura di networking è stato portato a termine e collaudato il cablaggio in fibra ottica dell'ospedale di Arco e la migrazione verso la nuova architettura di rete a garanzia di robustezza e continuità operativa. Sono state avviate le attività per il procurement e i cantieri per gli altri presidi in coerenza con il network masterplan e di concerto con gli stakeholder aziendali di riferimento. L'avanzamento del progetto reti ha permesso l'installazione e la configurazione di nuovi apparati presso le strutture ospedaliere interessate, insieme al completamento delle attività di normalizzazione, parametrizzazione e predisposizione per l'automazione, in linea con quanto previsto dal network masterplan. Per quanto riguarda l'infrastruttura di rete Wireless è stato completato l'assessment degli apparati dispiegati nelle diverse strutture aziendali, allo scopo di alimentare l'asset inventory e predisporre le basi per un intervento di Wireless site survey propedeutico alla redazione di un Wireless masterplan. Nel contempo si è provveduto all'acquisto di apparati in numero sufficiente a consentire la sostituzione del parco macchine attuale e garantire continuità di servizio.

Parallelamente, il percorso di rafforzamento della cybersecurity si è concretizzato con l'avvio dell'assessment dedicato all'indagine dello status quo delle piattaforme, infrastrutture e servizi IT riguardo alle attività di cybersecurity. In ottemperanza agli obblighi normativi definiti dal framework regolatorio di Legge 90/2024 e regolamento NIS2, sono state definite le procedure di incident management e gestione degli asset IT, corredate dagli allegati tecnici richiesti.

Per il servizio di posta elettronica e strumenti di collaboration è stato avviato il percorso di confronto delle soluzioni di mercato e delle possibili strategie di procurement di raccordo con gli stakeholder aziendali e provinciali al fine della predisposizione di un documento di posizionamento strategico che orienti le decisioni sul futuro della fornitura.

La programmazione dell'analisi approfondita del processo iGRU nell'ultimo quadrimestre, di concerto con stakeholder aziendali quali il Servizio di Governance Clinica ed il SOP, rappresenta un passaggio strategico verso una riorganizzazione più snella e coerente con i principi Lean, finalizzata a migliorare efficienza, trasparenza e capacità di risposta dei servizi.

Parallelamente, l'introduzione delle tecnologie gestionali SIGMA ha contribuito a modernizzare gli strumenti a supporto della gestione del personale, con l'installazione di 40 nuovi timbratori distribuiti sul territorio provinciale e l'avvio dei test per la whitelist della mensa del CSS, primo esempio dell'applicazione di un modello evoluto di controllo delle

presenze e di utilizzo dei servizi aziendali, orientato a criteri di equità e corretto impiego delle risorse.

Servizio Politiche per l'Amministrazione Digitale

Nel 2025 il servizio Politiche per l'Amministrazione Digitale ha orientato le proprie attività al rafforzamento della capacità aziendale di governo del dato e alla costruzione di piattaforme tecnologiche abilitanti per i processi clinici e amministrativi. Il potenziamento della Data Platform e l'adozione diffusa di strumenti avanzati di visualizzazione hanno rappresentato il principale asse di sviluppo: sono stati realizzati nuovi cruscotti con tecnologia Ms Power BI dedicati all'assistenza territoriale, ai laboratori e alla virologia, al pronto soccorso, all'analisi della domanda e al monitoraggio PNGLA, ampliando significativamente la disponibilità di indicatori a supporto delle decisioni e consolidando un'infrastruttura analitica unitaria e scalabile.

Parallelamente ha preso avvio il progetto FESR, per il quale sono state condotte consultazioni preliminari di mercato e definito il primo perimetro tecnico-funzionale, ponendo le basi per la successiva predisposizione del piano economico e degli atti di affidamento. L'area delle tecnologie gestionali per il personale ha fatto registrare un avanzamento sostanziale: il progetto Areas HR è stato formalmente avviato con il kick-off, sono stati completati gli assessment e sono stati garantiti SAL periodici, costruendo una governance di progetto solida e orientata al rispetto della pianificazione delle prossime fasi di implementazione.

Sul versante del monitoraggio clinico sono stati definiti 14 indicatori PNE e attivata la relativa filiera dati, con integrazione su cruscotti esistenti e alimentazione tramite la Data Platform, consentendo l'avvio del monitoraggio dinamico delle performance assistenziali. La gestione della Scuola di formazione in Medicina Generale è stata pienamente ricondotta nell'ecosistema tecnologico aziendale, tramite la migrazione al dominio APSS, il riordino degli strumenti collaborativi e la riattivazione dei servizi necessari ai processi didattici e amministrativi.

Per i flussi informativi nazionali sono state recepite le specifiche SIAP e ODC e avviate le attività di allineamento con i fornitori dei gestionali di medicina generale. La progettazione della gara RIS-PACS ha visto la costruzione della bozza di capitolato, il ciclo di confronti con i clinici e le consultazioni di mercato, mentre il potenziamento degli strumenti di governo delle attese si è concretizzato nella realizzazione del cruscotto di analisi della domanda e della dashboard PNGLA.

Il progetto ministeriale di Rafforzamento dei flussi NSIS ha evidenziato un elevato presidio sulla conformità dei dati rendicontati in termini di tempi, qualità e coerenza, coprendo gli ambiti ospedalieri, territoriali, farmaceutici e dei dispositivi medici. L'attività di revisione, che ha mobilitato oltre 40 colleghi specialisti in diversi settori sanitari, ha contestualmente elevato la consapevolezza e la sensibilità aziendale verso una scrupolosa rassegna delle prestazioni.

Unità di Missione Semplice Processi ICT PNRR

Nel corso del 2025, l'Unità di missione progetti ICT PNRR ha completato un insieme di attività strategiche orientate a rafforzare l'infrastruttura digitale, l'accessibilità dei servizi e il governo dei dati clinici e amministrativi. La progettazione e la realizzazione della prima versione del Nuovo Portale Internet APSS sono state completate, con l'acquisizione dei servizi necessari e la predisposizione del Piano Operativo per comunicazione e change management, garantendo le condizioni per un avvio efficace del servizio e per una fruizione più integrata e user-oriented dei servizi aziendali.

L'Infrastruttura Regionale di Telemedicina ha visto la completa definizione contrattuale e l'avvio delle attività operative, con il contratto stipulato con il fornitore e la programmazione del collaudo dei servizi base. Pur essendo il servizio di telemonitoraggio di secondo livello non ancora attivabile a causa della non disponibilità dei dati nella Piattaforma Nazionale, sono state condotte tutte le attività propedeutiche e avviate le negoziazioni tra Agenas e fornitori terzi per assicurare l'integrazione dei dati e la piena operatività entro la fine dell'anno. Allo stesso modo l'IRT è già in funzione per la parte di raccolta dati dai sistemi informativi eroganti servizi di Telemedicina per la rendicontazione Telemedicina prevista dal PNRR. Sono stati redatti i documenti per la definizione dei modelli organizzativi per l'erogazione dei servizi di Telemedicina nella declinazione prevista per i diversi PDTA o per le diverse patologie e sono stati ampliati gli ambiti di applicazione dei servizi Teleconsulto, Televisita, Teleassistenza, Telemonitoraggio di primo livello.

Le attività di supporto alla consuntivazione dei target di Telemedicina 2025 hanno consentito la definizione dei nuovi criteri operativi, con la qualificazione delle evolutive necessarie sui sistemi TREC e HealthMeeting e la piena collaborazione con Agenas per la rendicontazione delle prestazioni.

I progetti Multimisura 1.2 hanno raggiunto risultati concreti: le iniziative su "Tutela della Salute e Sicurezza degli ambienti aperti e confinati", "Salute Animale e Igiene urbana Veterinaria" e "Sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori" sono state sviluppati, con la predisposizione dei documenti tecnici per la rendicontazione PNRR. Il progetto "Rischio Clinico" ha completato le fasi preliminari con la pianificazione della prima messa in esercizio ad Arco.

4.8 APPROVVIGIONAMENTI DI BENI E SERVIZI

Le strategie definite nel Piano di Settore degli Approvvigionamenti 2025-2027 miravano a consolidare e monitorare obiettivi strategici e caratterizzanti già posti in piani precedenti, quali la realizzazione degli acquisti legati ad interventi PRRO e PNRR, la partecipazione ad iniziative condivise con altre Stazioni Appaltanti, la progettazione e l'affidamento delle procedure di acquisto prioritarie inserite nella programmazione aziendale e indicate come strategiche dalla Direzione aziendale.

Dal riesame complessivo dei risultati dell'anno appena trascorso, si può affermare in via preliminare che le attività cui era stato assegnato un livello di priorità massimo sono state sostanzialmente portate a compimento.

Entrando più nel dettaglio, si rileva quanto segue.

PROCEDURE DI AFFIDAMENTO GESTITE DIRETTAMENTE

Nel 2025 APSS ha rinnovato la domanda di qualificazione quale amministrazione aggiudicatrice presso ANAC, ottenendo la qualificazione per tipologie di contratti e importi illimitati, ed ha continuato ad agire in delega di APAC quale soggetto aggregatore per lo svolgimento delle procedure riguardanti i beni e i servizi sanitari o comunque strettamente funzionali all'attività sanitaria: ove non si sia appoggiata ad iniziative di altre centrali di acquisto, APSS ha quindi operato in piena autonomia curando le attività di programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione dei propri contratti. Si riportano di seguito i principali risultati ottenuti in relazione all'affidamento di procedure d'acquisto di valenza aziendale per la fornitura di beni e servizi.

Servizi

Con riferimento alle procedure per l'acquisizione di servizi a valenza aziendale, si segnala:

- l'aggiudicazione delle procedure di gara per l'affidamento del servizio integrato di sanificazione ambientale, del servizio di prevenzione al suicidio nel contesto del progetto "Invito alla vita", del servizio di sostegno a persone che presentano un disturbo da gioco, del servizio di gestione e liquidazione sinistri RCT/O (Loss Adjuster), dei servizi assicurativi relativi alle coperture kasko, RCA e All Risk;
- la pubblicazione delle procedure di gara per il servizio di locazione di sistemi di stampa digitale per il centro stampa dell'APSS, il servizio di assistenza domiciliare nell'ambito ADI, ADI cure palliative e per persone con demenza, il servizio di controllo dosimetrico per il personale radio esposto;
- la progettazione della procedura per la concessione della gestione del servizio di erogazione di bevande e prodotti alimentari a mezzo di distributori automatici.

Forniture sanitarie e dispositivi medici

Per quanto concerne le procedure volte all'acquisizione di forniture sanitarie e dispositivi medici, nel corso dell'anno sono state indette procedure di rilevanza europea per la fornitura di prodotti per nutrizione enterale e nutripompe con servizio di consegna domiciliare, la fornitura di materiale di medicazione per emodialisi e dialisi peritoneale, la fornitura di dispositivi medici per odontoiatria, la fornitura di guanti sanitari. Sono state aggiudicate le procedure per la fornitura di dispositivi medico-economi e camici DPI e per la fornitura di dispositivi medici con noleggio di apparecchiature per anestesia e rianimazione. È stata avviata la progettazione della gara per la fornitura di dispositivi medici per osteosintesi. Sono state inoltre esperite numerose procedure sotto soglia

comunitaria per la fornitura di dispositivi economici e di utilizzo comune e trasversale. Sono stati inoltre gestiti affidamenti diretti e procedure negoziate con unico fornitore per l'acquisto di dispositivi infungibili (es. dispositivi medici per emodinamica, ortopedia e oculistica).

Farmaci

Si segnalano l'aggiudicazione di uno SDAPA su CONSIP per l'acquisizione di farmaci in concorrenza (circa 80 lotti) e l'avvio dei relativi contratti, la gestione di un numero significativo di procedure negoziate con unico fornitore per l'acquisizione di farmaci esclusivi e l'effettuazione di adesioni a contratti aggiudicati da altri soggetti aggregatori (es. Intercenter Emilia Romagna, SUAR Liguria, Azienda Zero Veneto). È stata inoltre definita la progettazione per l'avvio di una procedura di gara sopra soglia comunitaria per la fornitura di radiofarmaci. Le acquisizioni urgenti e di modesto importo sono state garantite attraverso affidamenti diretti.

Laboratori

Relativamente all'acquisizione di sistemi diagnostici e dispositivi occorrenti alle attività dei laboratori aziendali, nel corso del 2025 è stata avviata la progettazione di procedure per la fornitura in service di sistemi diagnostici per allergologia e virologia, per la fornitura di sistemi di prelievo e trasporto HPV e per la fornitura di un sistema diagnostico per citologia generale. Sono state pubblicate le procedure di gara per la fornitura in service di sistemi diagnostici per esami completi delle urine, per la fornitura di contenitori di formalina a circuito chiuso per campioni istologici e sistemi di stampa e vetrini per Anatomia Patologica e per la fornitura di materiale ed il noleggio di sistemi diagnostici occorrenti all'U.O.M. di Anatomia Patologica dell'APSS e alle strutture dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. È stata inoltre aggiudicata la procedura aperta per la fornitura ed il noleggio di sistemi occorrenti al laboratorio di Microbiologia e Virologia (NGS - MALDI-TOF).

Altre procedure di rilevanza strategica

Il Dipartimento Approvvigionamenti, attraverso il Servizio Gare europee, svolge gare di rilevanza comunitaria per l'intera APSS: nel corso del 2025 si segnala lo svolgimento, per conto del Dipartimento Infrastrutture, della gara avente ad oggetto il servizio di gestione calore degli impianti termomeccanici delle strutture di APSS (attualmente in fase di valutazione delle offerte tecniche) e l'aggiudicazione, per conto del Servizio Ingegneria Clinica, della procedura aperta per la fornitura di un microscopio operatorio per l'U.O. di Neurochirurgia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento.

Si rende inoltre noto che, con riferimento alla procedura per l'attivazione del magazzino unico, inserita in programmazione, a seguito della pubblicazione a fine 2024 di dati ed elementi informativi per sollecitare il mercato, nel corso del 2025 sono stati effettuati dei sopralluoghi, si è dato riscontro alle richieste di chiarimento pervenute dalle Imprese ed è stato pubblicato un avviso, in risposta al quale sono pervenute delle proposte di partenariato da parte dei privati, attualmente in fase di istruttoria da parte del NAVIP.

SUPPORTO NEI CONFRONTI DI RUP e DEC ESTERNI AL DIPARTIMENTO

Il Dipartimento Approvvigionamenti è stato fortemente coinvolto nella rete aziendale di supporto per RUP e DEC.

Nell'ambito del processo di riorganizzazione aziendale e di revisione dei processi di acquisto, il Dipartimento - attraverso i propri Uffici e Servizi - ha garantito supporto, nelle diverse fasi del procedimento, ai RUP e DEC appartenenti a Servizi che per missione non si occupano in prevalenza di contrattualistica pubblica.

Tra le attività svolte nel corso del 2025, si segnalano in particolare: il supporto alle attività di progettazione di responsabilità di altre strutture; lo svolgimento di affidamenti diretti e procedure negoziate su CONTRACTA per conto di altri RUP e, in alcuni casi, l'attività di collaborazione e assistenza ai collaboratori dei RUP lungo tutto il procedimento, al fine di renderli autonomi nella gestione delle procedure; il sostegno nella gestione della fase di avvio del contratto e nella fase di esecuzione, con riferimento ad adempimenti quali il rilascio delle autorizzazioni al subappalto, l'autorizzazione di modifiche contrattuali, l'attivazione di rinnovi, proroghe o altre opzioni, la valutazione di istanze di revisione prezzi, ecc..

COLLABORAZIONE CON ALTRE CENTRALI D'ACQUISTO

È proseguita anche nel corso del 2025 l'attività di collaborazione con altre Centrali di Committenza regionali.

All'adesione a convenzioni/accordi quadro della centrale d'acquisto nazionale, Consip SpA, si aggiungono numerose iniziative derivanti dagli accordi generali di collaborazione in essere con ARIA Lombardia e Azienda Zero del Veneto e da accordi specifici su singole procedure di gara conclusi con altre Centrali (ad esempio ALISA Liguria e Intercenter). Prosegue inoltre la collaborazione con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per lo svolgimento di gare d'appalto di interesse comune.

Nel corso del 2025 APSS ha formalizzato il proprio fabbisogno a Centrali di Committenza extra provinciali per l'adesione ad oltre 25 procedure di acquisto, che consentiranno ad APSS di accedere a contratti per l'acquisto di beni sanitari sia DPCM che extra DPCM (farmaci, vaccini, dispositivi per emodinamica diagnostica ed interventistica, viscoelastici, lentine intraoculari, dispositivi di drenaggio e raccolta liquidi, elettrodi per monitoraggio, stent per neuroradiologia, medicazioni avanzate, dispositivi per chirurgia mininvasiva, dispositivi per la sterilizzazione, dispositivi per anestesia e rianimazione, dispositivi per infusione - accessi vascolari, reti chirurgiche, medicazioni ortopediche, aghi e siringhe, dispositivi diagnostici automatizzati per la determinazione della VES, sistemi di raccolta sangue interi, plasmaferesi e aferesi multicomponente, carta e cancelleria).

ACQUISTI IN CONTO CAPITALE

In relazione agli acquisti di beni e attrezzature in conto capitale, le principali attività svolte nel corso dell'anno riguardano:

- la realizzazione degli acquisti di beni e attrezzature connessi ad interventi del Piano di Riorganizzazione della Rete Ospedaliera e del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Case di Comunità di Ala, Trento Sud, Trento Nord, Sèn Jan di Fassa, Malè, Pergine Valsugana, Cles e Riva, Ospedale di Comunità di Ala, angiografo biplano presso l'U.O. Neuroradiologia dell'Ospedale S. Chiara);
- gli acquisti di beni e attrezzature legati ad altri interventi di riorganizzazione e/o ristrutturazione delle strutture sanitarie di APSS, alcuni di notevole impatto strategico ed organizzativo (realizzazione del nuovo Ospedale di Borgo Valsugana, realizzazione del Centro Crisi Adolescenti e del Centro Salute Mentale h24 di Arco, trasferimento di alcune funzioni sanitarie dall'Ospedale S. Chiara all'Ospedale S. Camillo di Trento, apertura di nuovi ambulatori di Medicina Fisica e Riabilitazione a

Villa Rosa, spostamento degli uffici del Servizio Cure Primarie e del Dipartimento Tecnologie a Trento, trasferimento della Neuropsichiatria infantile e della Psicologia da Riva del Garda ad Arco, completamento della Centrale Unica Emergenza 116 117);

- l'acquisto di arredi e attrezzature necessari per la realizzazione dell'evento Olimpico Milano-Cortina 2026;
- la gestione dei numerosi acquisti ordinari per sostituzioni puntuali di arredi e/o attrezzature vetuste o non più rispondenti alle normative (es. normativa antincendio);
- l'approvvigionamento - mediante procedure di acquisto autonome o adesioni ad iniziative di altri Soggetti Aggregatori - di beni di varia natura e tipologia (es. barelle per elisoccorso, carrelli, poltroncine degenza, comodini, tavoli portastrumenti, pareti attrezzate, poltrone prelievo, elettrodomestici, distruggidocumenti), al fine di rispondere alle richieste ordinarie di sostituzione di arredi e/o attrezzature vetusti o non più rispondenti alle normative (es. normative antincendio e in materia di salute e sicurezza degli operatori e degli utenti).

4.9 INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Obiettivo 1. Definizione di un Piano di Equità di Genere con inclusa una prima proposta di azioni da implementare a livello aziendale.

L'equità di genere rappresenta un obiettivo fondamentale per garantire pari opportunità e valorizzare le competenze di tutte le persone all'interno delle organizzazioni. Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, riconoscendo l'importanza di promuovere politiche inclusive e paritarie, intende definire un Piano di Equità di Genere con azioni concrete da implementare al proprio interno. Gli obiettivi del Piano di Equità di Genere dovranno riguardare:

- la promozione di una cultura aziendale inclusiva: garantire che i valori di parità di opportunità siano integrati nelle pratiche quotidiane e nella Governance aziendale;
- la riduzione del divario di genere nei ruoli apicali, ovvero contribuire ad aumentare la presenza femminile in posizioni di leadership;
- la riduzione del gender pay gap assicurando l'equità retributiva a parità di ruolo e responsabilità;
- la conciliazione tra vita lavorativa e familiare, implementando politiche di welfare che rispondano alle diverse esigenze di uomini e donne;
- il contrasto ad ogni forma di discriminazione e violenza sul luogo di lavoro, creando ambienti lavorativi sicuri e rispettosi.
- per la propria realizzazione, il Piano di Equità di genere sarà affidato ad uno specifico Gruppo di Lavoro multi professionale che si interfacerà con tutte le Articolazioni Organizzative di APSS, con il Consiglio di Direzione e con il CUG.

Tra i risultati ottenuti nel 2025 si riportano:

1. la definizione del Documento 'Piano di Equità di Genere', in fase di approvazione formale da parte della Direzione aziendale. A questa seguiranno la formalizzazione del Gruppo di Lavoro per la realizzazione del Piano, l'avvio dei Lavori del Gruppo e la predisposizione di un Piano di attività dettagliato che includa la definizione di un Report di Valutazione dei risultati del Primo anno, a cura del Gruppo di Lavoro;

2. un confronto con il CUG al fine di armonizzare il Piano di Equità di Genere con il Piano della Azioni Positive (PAP) definito dal CUG;
3. un confronto con la Direzione amministrativa di APSS per valutare strategie di possibili percorsi di Certificazione relativi all'equità di genere.

Obiettivo 2. Definizione di Azioni a supporto di politiche provinciali di Age Management coerenti con il Piano Provinciale di Prevenzione e con le attività del Tavolo Provinciale per l'Age management e per l'invecchiamento attivo.

All'interno del Piano Provinciale di Prevenzione, la Direzione Integrazione socio sanitaria coordina il Programma 3 che opera nell'ambito della promozione della salute sul luogo di lavoro. Il Programma 3 ha deciso, attraverso un gruppo di lavoro provinciale partecipato da Amica COOP, APSS, ASAT, Associazione Donne in Cooperazione, CGIL, EBAT, PAT, SEA UPIPA, di concentrare il proprio interesse verso il tema dell'Age Management, al fine di capire come agire per rispondere all'invecchiamento della popolazione lavorativa e per assicurare la valorizzazione delle diverse competenze.

Sempre in questo ambito, la Direzione Integrazione socio sanitaria partecipa anche ai lavori del Tavolo di regia provinciale per il coordinamento in materia di Age Management e invecchiamento attivo (delib. n. 456/2024).

I risultati raggiunti in questo ambito sono i seguenti:

1. gli incontri di Coordinamento con PAT sono stati svolti secondo la programmazione fornita da Provincia autonoma - Ufficio Organizzazione dei servizi; la partecipazione è stata garantita dai Referenti del programma 3;
2. è stata creata una Piattaforma su Age Management, in coerenza con il Progetto INAIL denominato P.I.S.A. ("Piattaforma Intergenerazionale per la Salute e l'Age management a garanzia della Promozione della salute e dell'Invecchiamento sano dei lavoratori") di cui la Direzione Integrazione è Coordinatore (Deliberazione del DG. n. 324/2024); la piattaforma è attualmente in fase di adozione. Sono state proposte a PAT soluzioni per l'adozione formale della piattaforma. Alcune soluzioni sono state proposte anche ad APSS in occasione della transizione ad Asuit. Dopo l'adozione formale potrà essere utilizzata da tutti i soggetti interessati;
3. i momenti di literacy relativi al tema di Age Management sono stati svolti in collaborazione con il Tavolo provinciale su Age Management secondo la calendarizzazione definita da PAT- ufficio Coesione Sociale; la partecipazione è stata garantita dai Referenti del programma 3.

4.10 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Passando in rassegna i singoli sistemi del personale, di seguito le attività e i risultati raggiunti in merito agli obiettivi inclusi nel PIAO 2025.

SISTEMI IN ENTRATA – *Attrarre, allocare, inserire*

Si è concluso il progetto "Attrattività – fase 2", volto a reclutare medici del ruolo unico della Medicina generale. Le attività progettuali propedeutiche alla realizzazione della campagna di attrattività sono state concluse ad inizio anno attraverso la finalizzazione del materiale comunicativo, l'organizzazione della modalità di relazione tra membri del team

informativo e tra team ed interessati esterni. Il lancio della campagna di comunicazione, in collaborazione con Trentino Sviluppo, è avvenuto ad aprile e la stessa è durata 20 giorni. L'esito, per il momento storico di avvio del ruolo unico, è stato positivo: 19 accettazioni espresse su 47 zone pubblicate.

SISTEMI DI ORGANIZZAZIONE E BENESSERE ORGANIZZATIVO – *Stare bene*

Per l'anno 2025, merita una rendicontazione in questa sede la costituzione e funzionamento del Comitato Unico di Garanzia.

Il CUG è l'organismo aziendale che promuove il benessere organizzativo, le pari opportunità e il rispetto della dignità delle persone, prevenendo e contrastando discriminazioni, mobbing e violenze morali o psichiche sul lavoro.

È istituito, per la Provincia Autonoma di Trento e gli enti strumentali, dalla L.P. n. 13/2012 e opera in base alla normativa nazionale e provinciale in materia di pari opportunità, tra cui il D.Lgs. n. 198/2006 (Piano delle Azioni Positive – PAP) e la Direttiva PCM n. 2/2019, che ne rafforza ruolo e funzioni.

Il CUG svolge funzioni:

- propositive, con la definizione di azioni positive, iniziative per la conciliazione vita-lavoro, il benessere organizzativo, la prevenzione delle discriminazioni e la diffusione della cultura delle pari opportunità;
- consultive, su riorganizzazione, formazione, orari e flessibilità lavorativa, criteri di valutazione, contrattazione decentrata e gestione delle diversità;
- di verifica, sull'attuazione del PAP, sui risultati delle azioni intraprese e sull'assenza di discriminazioni in tutte le fasi della vita lavorativa.

Il Comitato è unico, opera per tutto il personale ed è composto in modo paritetico da rappresentanti dell'Azienda e delle organizzazioni sindacali, garantendo l'equilibrio di genere. Resta in carica quattro anni ed è disciplinato da apposito regolamento.

Nel PAP, il CUG individua sei aree di miglioramento: conoscenza dei dati sul personale, prevenzione delle discriminazioni, organizzazione del lavoro e conciliazione vita-lavoro, parità e pari opportunità, benessere del personale, informazione e formazione.

SISTEMI DI VALUTAZIONE E SVILUPPO – *Valorizzare, premiare*

In relazione al sistema di mappatura delle care & clinical competence:

- si è conclusa la fase di revisione dei cataloghi per gli ambiti identificati (ORL, Urologia, Chirurgie generali, Ortopedie, Chirurgia plastica ricostruttiva) assieme ai rispettivi direttori di U.O. e di compilazione delle schede di rilevazione delle competenze da parte di tutti i direttori di UO, con % diversificate di completamento. E' stata inoltre conclusa l'analisi della mappatura delle competenze cliniche degli ambiti prescelti;
- è stato dato seguito alle richieste di direttori di UO di revisione del proprio catalogo, in aggiunta all'obiettivo da PIAO (dermatologia, laboratorio, medicina nucleare);
- si è concluso l'aggiornamento delle autovalutazioni delle competenze assistenziali delle ostetriche dei punti nascita, sulla base del nuovo catalogo delle competenze;
- è stata avviata l'elaborazione dei cataloghi delle care competence di pneumologia, neurologia, ematologia
- è in fase di validazione il catalogo delle care competence della Terapia Intensiva Neonatale di Trento;

- è stata conclusa la fase di autovalutazione delle competenze da parte degli infermieri dell'endoscopia digestiva di Trento e Rovereto, in occasione della visita di accreditamento interno;

E' stato avviato il progetto di "Sviluppo del ruolo di coordinamento delle professioni sanitarie" con l'intento di elaborare un profilo di ruolo in base alle attuali e future esigenze organizzative dell'Azienda. In particolare, è stato prodotto il profilo di ruolo, attraverso:

- 4 workshop (coordinatori delle professioni sanitarie dei diversi profili, Direttori di UO ospedalieri e territoriali, Dirigenti e PO delle professioni sanitarie, un gruppo rappresentativo di professional);
- il coinvolgimento di esperti di tematiche specifiche (trasformazione digitale, micrologistica, processo di formazione, tutorship, approvvigionamenti);
- la misurazione del livello di consenso da parte dei coordinatori, attraverso un questionario di consensus rivolto a tutta la popolazione dei coordinatori/delle coordinatrici di APSS (circa 240 persone, tasso di risposta: 78%);
- il coinvolgimento di un campione di direttori di UO clinici e sanitari.

SISTEMI DI FORMAZIONE – *Preparare, sviluppare*

Il tema dell'attrattività della formazione universitaria delle professioni sanitarie è stato affrontato attraverso un insieme strutturato di azioni di orientamento e promozione rivolte ai potenziali studenti. Nel corso del 2025 sono stati realizzati complessivamente 10 interventi di orientamento presso i licei del territorio (6 nel primo semestre e 4 nel secondo), affiancati dalla prosecuzione degli open day istituzionali. A tali iniziative si è aggiunta la somministrazione di una survey rivolta a tutti gli studenti, finalizzata a raccogliere messaggi, parole chiave ed elementi narrativi ritenuti maggiormente rappresentativi ed efficaci per la promozione dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie. Le evidenze emerse hanno contribuito alla costruzione di una campagna promozionale integrata, comprensiva di contenuti digitali e video social, rafforzando la visibilità dell'offerta formativa.

Il risultato complessivo delle azioni messe in atto si è tradotto nel mantenimento del trend di iscrizioni registrato nell'anno precedente, in controtendenza rispetto al calo delle iscrizioni a livello nazionale e delle regioni limitrofe, confermando la tenuta e l'attrattività dell'offerta del polo universitario delle professioni sanitarie.

L'erogazione della formazione continua è in linea con quanto richiesto, per quanto riguarda sia l'attività formativa obbligatoria e specialistica, sia l'attività prevista dalle misure del PNRR (2023-2026).

Per quanto riguarda le misure previste dal PNRR, sono state completate tutte le attività programmate nel 2025 che hanno permesso il raggiungimento del valore target entro il 31 dicembre 2025. Prosegue come da programma quanto previsto dal Piano pluriennale in tema di FSE, il relativo percorso di formazione eLearning è proseguito attraverso l'attivazione di 30 attività (per un totale di 59 delle 74 (79%) previste da Piano Operativo Competenze - Formazione).

In merito alla formazione continua della medicina generale, è stato messo a disposizione il pacchetto FSE, raccogliendo 107 iscrizioni, per un totale di 34 MMG formati. E' stata attivata la formazione sul patient summary, attraverso l'organizzazione di due webinar a fine anno. Infine, è stato predisposto il modulo aggiuntivo per la telemedicina, con destinazione esclusiva alla medicina generale.

Infine, è stato curato e completato il passaggio di gestione amministrativa della Scuola di Formazione in Medicina generale all'interno di APSS.

Di seguito l'andamento complessivo dei processi trasversali.

PIANIFICAZIONE E DISEGNO ORGANIZZATIVO

Per quanto riguarda l'avvio di Asuit, è stato fornito costante supporto alla direzione generale nella preparazione degli atti di interfaccia tra Azienda ed Università.

Nella prima metà dell'anno è stato curato il passaggio di gestione amministrativa della Scuola di formazione in Medicina generale all'interno dell'APSS, presidiando gli aspetti che ne permettono l'integrazione con l'organizzazione aziendale, in continuità dell'attività svolta. Permangono delle difficoltà che si stanno affrontando con il Direttivo della scuola e il personale amministrativo.

RELAZIONI SINDACALI

Per quanto riguarda l'ordinamento contrattuale del personale dipendente, è stato avviato il tavolo APRAN della dirigenza medica, è stato siglato l'accordo economico per il personale di comparto ed è stato avviato infine il tavolo per la parte normativa ed ordinamentale.

L'impegno per le diverse strutture del Dipartimento Risorse Umane, nonostante la contrattazione sia in capo ad APRAN, è molto significativo: l'Azienda infatti ha formulato proposte per la parte giuridica del CCPL Comparto Sanità e per la parte ordinamentale; tali proposte possono in parte essere presidiate aziendalmente in sede di contrattazione.

L'anno si è concluso con la sottoscrizione di un'ipotesi di accordo relativa al comparto sanità – area delle categorie e con la sottoscrizione delle ipotesi di rinnovo della parte economica e di uno stralcio giuridico del contratto della dirigenza medica, veterinaria, odontoiatrica, sanitaria e delle professioni sanitarie.

Per quanto riguarda il nuovo ACN e l'attuazione del ruolo unico della medicina generale, si segnala la costante collaborazione con la PAT per la formulazione e revisione dei documenti proposti alla delegazione trattante; è stata garantita la presenza aziendale in tutti gli incontri, compresi quelli preparatori. L'impegno profuso per la conclusione dell'accordo con la medicina generale è stato particolarmente significativo perché quest'ultimo è propedeutico all'avvio operativo delle Case della Comunità. Si è inoltre valutato il fabbisogno sia teorico che effettivo assieme ai Distretti, si è deciso di procedere con l'attivazione di una ulteriore pubblicazione delle carenze, riavviando l'iter nella sua completezza. Si sono inoltre approfonditi in diverse sedi e con il confronto di varie strutture aziendali argomenti attinenti al nuovo Ruolo Unico, con riferimento ad esempio al regime fiscale da applicare, all'organizzazione delle attività orarie, al ruolo nella gestione dei rifiuti nei rapporti tra MMG e APSS.

SISTEMI INFORMATIVI IMPATTANTI SULLE RISORSE UMANE

Per quanto riguarda il passaggio alla nuova procedura di gestione stipendiale attraverso HR SUITE, essa è stata complessa. Questo è dovuto essenzialmente alla concomitanza di applicazione del nuovo ACN per la medicina generale che ha reso necessario costanti adeguamenti e approfondimenti con il fornitore. In particolare, è stata completata la fase di testing dell'utilizzo di HR anche per la componente distrettuale e sono state condotte le sessioni formative. Si è proceduto al caricamento delle voci stipendiali variabili con la nuova procedura stipendiale e, pertanto, il passaggio alla nuova procedura è stato completato. Si è dato avvio anche al processo di strutturazione di automatismi iniziando con i certificati di servizio.

In relazione al progetto di sostituzione di Peoplesoft con il nuovo software HRM, l'inizio del 2025 è stato impegnativo perché ha visto avviarsi e concludersi in poche settimane la

fase di assessment con il fornitore, finalizzata alla tracciatura dei processi AS IS nell'attuale gestionale. Questa fase si è conclusa con la validazione dei processi rilevati. In parallelo, il gruppo di lavoro interno in autonomia ha definito l'impianto giuridico e l'impianto organizzativo alla base del sistema. Nel terzo trimestre l'impegno è proseguito con l'analisi e validazione di alcuni documenti di MEV, nonché con la predisposizione delle liste di profilazione per ciascun modulo previsto in HRM. L'anno si è concluso con la messa a punto di test in specifico ambiente del processo di assunzione del personale dipendente e libero professionista, con il coinvolgimento del personale che opera a livello centrale (preassunzione) e locale (assunzione).

VALUTAZIONE DI COMPATIBILITÀ TRA OBIETTIVI E RISORSE

Il Consiglio dei Ministri ha approvato in data 2 ottobre u.s. il Documento Programmatico di Finanza Pubblica (DPFP). Tale documento, in attesa della riforma del quadro della normativa contabile, ha sostituito, potenziandolo, il contenuto informativo della Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza (NADEF).

Il DPFP costituisce l'atto propedeutico alla presentazione della manovra finanziaria valida per il successivo triennio (2026-2028). La manovra viene prima indicata nel Documento Programmatico di Bilancio (DPB), che a sua volta viene trasmesso alla Commissione Europea entro il 15 ottobre di ogni anno e, successivamente, dettagliata nel Disegno di Legge di Bilancio che viene presentato al Parlamento.

Questo Documento delinea la cornice entro la quale progettare la manovra finanziaria per i prossimi tre anni, fornendo tra l'altro un aggiornamento del quadro di riferimento internazionale, provvedendo, allo stesso tempo, ad una rielaborazione delle previsioni macroeconomiche e di finanza pubblica. Le prospettive economiche del Paese nell'attuale contesto congiunturale risultano influenzate da due principali forze contrapposte. Una è tendenzialmente avversa e di matrice globale, infatti, nonostante sia stato raggiunto un accordo tra Commissione Europea e l'amministrazione statunitense sul sistema di dazi da applicare, permane l'incertezza sulle politiche commerciali internazionali, e più in generale sulla situazione geopolitica, condizionando le scelte di investimento e di consumo degli operatori economici. Su questo punto a livello europeo si è fatta strada una maggiore consapevolezza dell'importanza di promuovere la domanda interna approfondendo la dimensione del mercato comune e promuovendo la competitività, non più come uno strumento diretto a conseguire maggiori avanzzi commerciali, ma come un fattore di stimolo alla produttività, alla crescita e all'occupazione. Sul fronte della politica monetaria, la BCE non ha più un approccio restrittivo come negli anni scorsi, ma la stagnazione complessiva dell'economia dell'eurozona presuppone, pur rispettando il mandato della BCE ed il suo ambito di azione, un quadro dei tassi d'interesse più accomodante.

Nel quadro macroeconomico tendenziale, la crescita reale è stata rivista al ribasso di un decimo di punto percentuale rispetto al DPFP, attestandosi allo 0,7 per cento nel 2026, così pure nel 2027, mentre nel 2028 la crescita reale è prevista pari allo 0,8 per cento.

Il mercato del lavoro italiano continua a registrare una tendenza positiva, basti pensare alla maggiore occupazione e all'ulteriore calo del tasso di disoccupazione, accompagnati anche da una notevole contrazione degli inattivi disponibili. Come indicato dall'ISTAT, tutti i principali indicatori si collocano su livelli estremamente favorevoli.

Per quanto riguarda la finanza pubblica, i dati di consuntivo per il 2024 hanno mostrato un miglioramento, sia del valore nominale del deficit, sia del livello del PIL nominale, con un impatto consistente sul rapporto debito/PIL, migliorato di quattro decimi di punto percentuale, attestandosi al 134,9%. Tale punto di partenza trasmette effetti favorevoli agli anni successivi, determinando un miglioramento del quadro di finanza pubblica tendenziale rispetto al precedente Documento di finanza pubblica. Infatti, il deficit è previsto intorno alla soglia del 3% del PIL per questo anno in chiusura, per proseguire la sua discesa nei prossimi anni, confermando pertanto l'attesa uscita dell'Italia dalla Procedura per Disavanzi Eccessivi. Per quanto concerne il debito pubblico in rapporto al PIL, invece, la previsione al ribasso di tale indicatore è attesa dal 2027 in poi, una volta esaurito l'impatto di cassa dei crediti di imposta legati ai bonus edilizi.

Con riferimento alla dinamica della spesa sanitaria, il DPFP 2025 stima una spesa per l'esercizio pari a 144.021 milioni, con un tasso di crescita del 4,1% rispetto all'anno precedente. Nel triennio 2026-2028, la spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso

medio annuo del 2,63%. In rapporto al PIL, dopo un valore del 6,4% per il 2025, si stima nel triennio successivo un valore del 6,5% per il 2026 e del 6,4% sia per il 2027 che per il 2028.

In un contesto esogeno complesso e ad elevata incertezza il PIL provinciale in termini nominali, per il 2025, si avvicina ai 26 miliardi di euro, circa 5 miliardi in più rispetto al 2019. Il sostegno maggiore alla crescita è venuto dai consumi delle famiglie, grazie soprattutto all'apporto positivo della componente dei consumi turistici, che ha compensato la debolezza della domanda delle famiglie residenti. Gli investimenti in costruzioni hanno rallentato nella componente residenziale per la fine del Superbonus e hanno trovato invece impulso nella parte non residenziale grazie al PNRR.

Le dinamiche dei vari settori economici nel primo semestre del 2025, in Trentino, si confermano differenziate. I dati congiunturali della Camera di Commercio registrano un fatturato complessivo in crescita dell'1,2% rispetto allo stesso semestre dello scorso anno, trainato dai servizi e, soprattutto, dalle costruzioni. Il settore manifatturiero resta in difficoltà, anche se gli ordinativi mostrano un'inversione di tendenza positiva nel secondo trimestre (+4,8%), di contro il settore delle costruzioni si conferma solido, con il fatturato e le ore lavorate in crescita.

Le prospettive future rimangono segnate da cautela e incertezza, anche l'approccio delle famiglie è prudente, con spese ottimizzate ed un'attenzione particolare al risparmio. Come evidenziato per il 2024, anche per il 2025 giungono segnali positivi dalla spesa turistica, che è aumentata nella prima parte dell'anno, con una crescita delle presenze nel periodo gennaio – agosto del 2,6%. Il contributo dato dalla componente straniera, in crescita del 4,2% nei primi otto mesi dell'anno è stato preponderante, rispetto ad un incremento delle presenze italiane più contenuto e pari ad un +1,4%.

I consumi della Pubblica Amministrazione continuano a ricevere sostegno dagli aumenti contrattuali in essere.

Per quanto concerne la dinamica degli investimenti, rimane trainata dal settore delle costruzioni, con un ruolo prevalente della componente non residenziale che beneficia dei fondi del PNRR e degli investimenti pubblici provinciali, di contro nel comparto industriale gli investimenti risultano deboli a fronte di un'incertezza generata dal precario scenario internazionale.

Nel primo semestre del 2025, il mercato del lavoro trentino si conferma in una fase di espansione, con l'occupazione in crescita (+1,4% rispetto allo stesso periodo del 2024). Nel dettaglio, il tasso di occupazione continua a salire e si porta al 71,4%; simmetricamente, pertanto, si osserva una riduzione della disoccupazione che scende al 2,4%, segno di un costante miglioramento nella capacità del sistema economico di assorbire forza lavoro.

Le previsioni di crescita dell'economia trentina si basano sia sugli elementi specifici del territorio, sia sulle assunzioni macroeconomiche a livello nazionale ed internazionale. Alla luce di questo quadro, si stima che il PIL della Provincia Autonoma di Trento in termini reali crescerà dello 0,5% nel 2025. Lo scenario macroeconomico per gli esercizi successivi al 2025 è segnato da una notevole incertezza che deriva principalmente dall'andamento dell'economia globale. Nel triennio 2026-2028 si stima un moderato incremento del tasso di crescita con un +0,8% previsto per il 2026, che viene mantenuto anche per le previsioni relative al 2027 ed al 2028. La prospettiva di medio termine poggia sull'ipotesi di una graduale normalizzazione del commercio internazionale e sulla stabilità dei consumi delle famiglie.

Nel delineare il quadro della finanza provinciale è necessario tenere conto di alcune variabili di contesto. Da un lato le tensioni geopolitiche (i conflitti in Ucraina e in Medio Oriente) che continuano a influire sulla volatilità dei prezzi della materia prima per l'energia (gas e petrolio), nonostante le previsioni indichino una relativa stabilità per il futuro più prossimo. Inoltre, anche se l'inflazione è in lieve rallentamento, mantiene un livello elevato, che si traduce in un aumento generalizzato dei costi dei beni e servizi. Dall'altro, le politiche protezionistiche dei dazi poste in essere dagli Stati Uniti, fanno capire

come sia importante investire maggiormente sull'alleanza europea e come il nostro sistema economico debba sfruttare le capacità innovative e distintive del territorio per acquisire riconoscibilità internazionale.

A questi aspetti si aggiungono quelli consueti, e assolutamente non secondari, di natura sociologica e demografica legati al costante calo del tasso di natalità e all'invecchiamento della popolazione, con conseguente diminuzione della forza lavoro nei prossimi anni.

Tali fattori concorrono a delineare i tassi di crescita contenuti dell'economia, sia a livello locale, sia a livello nazionale ed internazionale. In tale contesto, risulta necessario per il Trentino continuare ad investire sul mix di politiche pubbliche che stimolino la ricerca e l'innovazione, e che lo hanno reso un territorio attrattivo per le famiglie e le imprese, presupposto per il rafforzamento della crescita del sistema sia sotto il profilo economico, sia sotto il profilo sociale, garantendo adeguate opportunità occupazionali.

La manovra di Bilancio Provinciale 2026-2028, impostata dalla Giunta, conferma tale impostazione, puntando in primo luogo su politiche di sostegno alle famiglie e di conciliazione vita-lavoro, di rafforzamento del sistema industriale attraverso un nuovo "Piano delle politiche industriali", e su politiche per la casa quale fattore fondamentale sia per il benessere delle famiglie, che per la sostenibilità delle imprese.

Tale approccio permette tra l'altro di sostenere la finanza pubblica provinciale, considerato il collegamento diretto della stessa con la dinamica dell'economia del territorio, alimentando politiche virtuose a favore del sistema locale.

Nei prossimi anni, vi sarà un progressivo esaurimento degli effetti derivanti dagli investimenti finanziati con le risorse del PNRR/PNC, oltre che di quelli legati al prossimo evento olimpico e paraolimpico di Milano-Cortina 2026.

Nel quadro generale, tuttavia, non si può prescindere dalle scelte nazionali di alleggerimento della pressione fiscale, in particolare a sostegno dei redditi delle famiglie, che nel medio termine producono effetti in termini di crescita del PIL.

Il contesto di limitata crescita dell'economia, si riflette sulla dinamica delle entrate tributarie della Provincia. Tuttavia, si è stimata una crescita delle entrate tributarie, che passano da 4.523 milioni nel 2025 a 4.736 milioni nel 2028. Tale trend tiene conto della conferma delle agevolazioni IRAP già in vigore (in particolare riduzione dell'aliquota generalizzata al 2,68% rispetto al 3,9% previsto a livello nazionale), con l'aggiunta della riduzione dell'aliquota al 2% per le imprese che sottoscrivono contratti territoriali o aziendali che prevedono elementi retributivi aggiuntivi, anche a quelli stipulati nel 2026 per tutta la durata del contratto.

Le entrate tributarie risentono altresì dell'estensione, anche per il 2026, delle agevolazioni in vigore nel 2025 sull'addizionale regionale all'Irpef (con impatto sul 2027, dato che il tributo in esame viene versato principalmente nell'anno successivo a quello di competenza). Nel dettaglio, viene confermata l'esenzione per i redditi fino a 30.000 euro per tutti i soggetti, nonché la detrazione di 246 euro per ciascun figlio a carico per i soggetti con reddito da 30.000 a 50.000 euro e l'incremento dello 0,5% dell'aliquota per i redditi superiori a 50.000 euro per la quota che eccede tale importo.

Inoltre, sull'esercizio 2026 e sull'esercizio 2027 risultano iscritte le ultime due tranches, per un importo di 107 milioni di euro, degli arretrati relativi alle accise sul carburante ad uso riscaldamento, definite nell'Accordo sottoscritto con lo Stato nel 2023.

Sulle previsioni per gli anni 2026-2027 incide anche il debito autorizzato e "non contratto", per complessivi 690 milioni di euro, di cui 490 milioni di euro autorizzati sul 2026 per dare continuità al finanziamento del nuovo Polo Ospedaliero e Universitario del Trentino.

Nella determinazione delle risorse disponibili incide chiaramente anche il concorso agli obiettivi di finanza pubblica nazionale, in termini di accantonamenti di risorse da versare allo Stato, quindi indisponibili per il finanziamento di programmi di spesa, e il cui ammontare è stato definito strutturalmente con il Patto di garanzia siglato nel 2014,

successivamente ridotto del 20% sulla base dell'accordo con lo Stato siglato nel novembre 2021, nonché decurtato di ulteriori 11 milioni di euro circa a seguito dell'accordo ratificato nel settembre 2023 (quale riconoscimento a regime delle accise sul carburante ad uso riscaldamento).

Infine, relativamente alle risorse del PNRR e del PNC, va precisato che solo una parte degli 1,51 miliardi di euro previsti è affluita nel bilancio provinciale, in quanto una quota è stata trasferita direttamente ad altri enti e soggetti pubblici o privati realizzatori degli interventi previsti.

In questo contesto economico-finanziario e programmatico generale, nell'ambito delle risorse identificate nella Missione 13 del Bilancio Provinciale, la Giunta con deliberazione n. 2133 del 19 dicembre 2025 ha quantificato il finanziamento delle funzioni e delle attività del Servizio Sanitario Provinciale per il triennio 2026-2028.

La Giunta Provinciale con la Delibera n. 1714 del 7 novembre 2025 ha approvato il documento tecnico di accompagnamento al Bilancio di Previsione 2026-2028 e il Bilancio Finanziario Gestionale per gli esercizi finanziari 2026-2028 con gli stanziamenti della Missione 13 destinati al finanziamento del SSP. Tali stanziamenti, così come definiti dal DDL del Bilancio Provinciale 2026-2028, garantiscono la continuità della gestione economico-finanziaria del Servizio Sanitario Provinciale nel corso dell'esercizio 2026 secondo l'assetto organizzativo vigente. Dal 1° gennaio 2026, il processo di trasformazione dell'APSS nella costituenda Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino, con la relativa approvazione del protocollo d'intesa di cui all'art. 6bis della legge provinciale sulla tutela della salute, nonché delle linee di indirizzo della Giunta Provinciale per la definizione dell'atto aziendale, di cui agli artt. 28, comma 2, e 35. Tali atti di natura programmatica, come indicato nella Delibera G.P. n. 2133/2025 sopra richiamata, potrebbero comportare ricadute sull'operatività e la gestione dell'attività sanitaria, didattica e di ricerca con conseguenze, in termini di incremento del fabbisogno del Servizio Sanitario Provinciale, da valutare in corso d'anno ed in particolare in sede di preconsuntivo al 30 giugno e al 30 settembre pp.vv.

Si evidenzia, inoltre, che ai sensi delle Direttive all'Azienda per l'esercizio 2026 ex art. 79 comma 4 dello Statuto di Autonomia, di cui alla Deliberazione della Giunta Provinciale sopra citata, la Provincia ha definito le linee operative per l'Azienda finalizzate ad individuare le aree da monitorare, nel corso dell'esercizio, in sede di Bilancio Preconsuntivo al 30 giugno ed al 30 settembre. A tal riguardo, si sottolinea che nella predisposizione del Bilancio Preventivo 2026 l'Azienda dovrà osservare i tetti di spesa indicati nelle Direttive, che sono stati definiti tenuto conto delle risorse disponibili.

In considerazione delle previsioni di fabbisogno corrente 2026 dell'Azienda, delle variabili legate all'eventuale aumento dei costi derivante da dinamiche esogene alla gestione del SSP, ed inevitabili pur in presenza di azioni di razionalizzazione della spesa messe in atto, gli obiettivi finanziari declinati nelle Direttive, ai sensi dell'art. 79 comma 4 dello Statuto di Autonomia, costituiscono indirizzi operativi in quanto risulta prioritario assicurare il mantenimento dell'equilibrio complessivo di bilancio dell'Azienda.

Con la Deliberazione G.P. n. 2133/2025 viene stabilita un'assegnazione complessiva per l'esercizio 2026 a favore dell'APSS di **€uro 1.617.327.665,23=** così ripartita:

a) €uro 1.393.111.225,00= per il finanziamento dei contributi da PAT per la quota del Fondo Sanitario Provinciale (FSP);

b) €uro 224.216.440,23= per il finanziamento dei contributi in conto esercizio extra fondo, di cui €uro 204.356.440,23= a titolo di risorse aggiuntive del bilancio provinciale a copertura dei LEA ed €uro 19.860.000,00= a copertura degli extra LEA. Nel macro aggregato in questione sono considerati, per l'anno 2026, €uro 185.233.086,90=, per il finanziamento dell'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e

Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del SSP.

Quanto all'offerta pubblica ed accreditata del Servizio Sanitario Provinciale, anche per il triennio 2026-2028 il Bilancio Provinciale continua a garantire livelli aggiuntivi di assistenza rispetto a quelli fissati a livello nazionale, ad esempio le prestazioni odontoiatriche e la fornitura di protesi e ausili, il tutto con livelli di compartecipazione dei cittadini alla spesa significativamente più contenuti di quelli previsti a livello nazionale.

Nello specifico la manovra finalizza risorse per:

- l'applicazione della L.P. 22/2007 sull'assistenza odontoiatrica. Tali risorse finanziate sono confermate anche per il 2026, come nei precedenti esercizi, nell'importo complessivo di €uro 12,5 milioni, di cui €uro 4,5 milioni destinati agli accordi contrattuali con gli studi privati convenzionati;
- le risorse necessarie alla copertura della mobilità sanitaria interregionale e internazionale passiva, che per l'anno 2026 è rilevata provvisoriamente e prudenzialmente con saldo a zero, in quanto la determinazione definitiva di tali oneri è rimandata all'approvazione dell'Intesa concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2026;
- la copertura delle quote di iscrizione a Sanifonds;
- le risorse destinate agli interventi terapeutico - riabilitativi presso la REMS di Pergine Valsugana e alla medicina penitenziaria presso la Casa Circondariale Spini di Gardolo;
- il mantenimento e la prosecuzione del Sistema Provinciale di Sorveglianza Epidemiologica nell'ambito della sanità pubblica veterinaria;
- le risorse per 3,6 milioni di euro annui destinate alla Scuola di Medicina e Chirurgia presso l'Università di Trento;
- il prosieguo delle misure e delle attività per il recupero delle liste di attesa in continuità con le linee di indirizzo di potenziamento dell'offerta, definite con Delibera G.P. n. 1783 di data 08.11.2024 (POA, ricorso al privato accreditato e fondi art. 43 L.P. n. 9/2024 come indicato in tabella A).

In questo quadro di riferimento per l'esercizio 2026, con la Deliberazione n. 2133/2025 sono stabiliti, nel dettaglio, specifici tetti di spesa coerenti con l'obiettivo di concorrere al perseguimento dell'equilibrio complessivo di bilancio, anche se nel corso dell'esercizio è da valutare, tuttavia, l'impatto di variabili esogene, che rappresentano fattori incrementali di costi non governabili con azioni di revisione della spesa quali: l'incertezza internazionale, come diretta conseguenza delle tensioni geopolitiche dovute ai conflitti russo-ucraino e israelo-palestinese, con una certa "fibrillazione dei prezzi" di approvvigionamento delle materie prime; l'automatica applicazione "ex re" delle rivalutazioni dei contratti d'appalto, per l'applicazione delle clausole di revisione prezzi; gli effetti climatici che concorrono a determinare il congruo annuo dell'appalto gestione calore; l'effetto trascinalimento a regime sull'annualità 2026, relativamente al costo del personale, di assunzioni intervenute durante l'esercizio 2025 depurato delle cessazioni previste.

In particolare, i target fissati sono i seguenti:

- per il costo del personale e gli incarichi e consulenze sanitarie e non sanitarie il tetto di spesa complessivo è fissato in 679,5 milioni di €uro con l'indicazione di tetti specifici, pur compensabili tra loro, per le tre macrovoci di costo: Personale 653,5 milioni di €uro, Incarichi e Consulenze sanitarie 21 milioni di €uro, Incarichi e consulenze non sanitarie 5 milioni di €uro;
- per l'assistenza farmaceutica, il limite di spesa complessivo è stabilito in allineamento al tetto previsto dalle vigenti disposizioni nazionali (art. 1, commi 398-399 della Legge n. 232/2016, modificato sia con l'art. 1 comma 475 della L.

178/2020, sia con l'art. 1 comma 181 della L. 234/2021), riparametrato sul riparto del finanziamento delle risorse del Servizio Sanitario Provinciale per l'esercizio 2026. Il valore del tetto calcolato quindi su €uro 1.617.327.665,23 è pari, nel complesso, ad €uro 247.451.132,78;

- per gli acquisti di beni non sanitari il tetto di spesa è indicato in 6,8 milioni di €uro;
- per le manutenzioni e riparazioni il limite è fissato in 23,5 milioni di €uro;
- per gli acquisti di servizi non sanitari è atteso un tetto di spesa di 127 milioni di €uro;
- per gli altri oneri di gestione è previsto un limite di spesa di 4 milioni di €uro (esclusi gli oneri per indennizzi diretti RCT).

Da evidenziare, in tale sede, che i vincoli di spesa relativi alle "manutenzioni e riparazioni", ai "beni non sanitari" ed agli "acquisti di servizi non sanitari", stante la comune relazione funzionale delle tre poste di bilancio, sono compensabili tra loro nel rispetto del target complessivo per l'esercizio 2026 pari a 157,3 milioni di €uro.

L'Azienda, inoltre, è chiamata nel corso del 2026 a dare priorità alle procedure finalizzate alla realizzazione degli interventi del PNRR secondo le tempistiche del Piano Operativo allegato al CIS, in particolare dovrà approntare il completo allestimento delle strutture sanitarie (sia in termini di attrezzature sanitarie, sia di arredi) in linea con il crono programma dei lavori ed al fine di consentirne la funzionalità delle strutture, in tempo utile per il conseguimento dei Target/Milestone del PNRR.

Il Bilancio di Previsione dell'APSS riproduce, nell'impostazione generale, le indicazioni ed i valori contenuti nella Delibera G.P. n. 2133/2025 di determinazione del finanziamento 2026-2028, ma si rileva che le stime, in alcune casistiche di costo, sono coerenti con la logica del complessivo equilibrio di bilancio, anche perché l'impatto economico di variabili esogene rappresenta un fattore incrementale dei costi non governabile con azioni di revisione della spesa, soprattutto alla luce della costituenda Azienda Sanitaria Universitaria Integrata del Trentino e della relativa approvazione del protocollo d'intesa di cui all'art. 6bis della legge provinciale sulla tutela della salute, nonché delle linee di indirizzo della Giunta Provinciale per la definizione dell'atto aziendale, di cui all'art. 28 comma 2 ed all'art. 35, con inevitabili ricadute sull'operatività e la gestione dell'attività sanitaria, didattica e di ricerca con un eventuale incremento del fabbisogno in termini di risorse umane, finanziarie e tecnologiche del Servizio Sanitario Provinciale, da valutare in corso d'anno ed in particolare in sede di preconsuntivo al 30 giugno e al 30 settembre 2026.

Infine, per quanto concerne gli esercizi 2027 e 2028, le previsioni di spesa e di entrata dell'Azienda sono formulate secondo il mero criterio dell'equilibrio di bilancio.

L'insieme dei componenti positivi del conto economico preventivo 2026 riguardanti la gestione caratteristica è valorizzato in 1.804,75 milioni di €uro in incremento, rispetto al corrispondente dato del bilancio di previsione 2025 assestato di circa 11,97 milioni di €uro (+0,67%).

La dinamica dei costi di produzione registra una previsione di 1.768,07 milioni di €uro, evidenziando un decremento di circa 3,02 milioni di €uro rispetto al bilancio di previsione 2025 assestato (-0,17%). Complessivamente, la gestione caratteristica dell'esercizio 2026 si presenta in equilibrio economico, generando un margine positivo sufficiente a coprire la gestione fiscale, con il contributo minimale della gestione finanziaria, garantendo così l'equilibrio generale del bilancio dell'Azienda.

Il finanziamento delle spese d'investimento viene assicurato attraverso il Fondo Sanitario di parte capitale, determinato con modalità ordinaria attraverso deliberazione ad hoc della Giunta Provinciale.

Le risorse destinate al finanziamento degli investimenti, ai sensi del D.Lgs. n.118/2011, rilevano tra le riserve di Stato Patrimoniale, nel bilancio dell'Azienda, in sede di provvedimento di assegnazione delle relative risorse in c/capitale. Tali contributi servono a

compensare le quote di ammortamento delle immobilizzazioni acquisite con tali finanziamenti, in modo da neutralizzarne il relativo costo (operazione che in termine tecnico viene definita "sterilizzazione" degli ammortamenti).

Per quanto concerne i trasferimenti in conto capitale in favore dell'Azienda, si prende atto che gli stanziamenti del bilancio 2026-2028 sono ricompresi nel Piano degli Investimenti approvato, da ultimo, con Deliberazione G.P. n. 2142 del 19.12.2025, alla realizzazione dell'Hospice Pediatrico di Trento, al finanziamento del canone del Centro di Protonterapia e al finanziamento dei presidi protesici.

Stanziamenti Conto Capitale MISSIONE 13 - Tutela della Salute DDL BILANCIO GESTIONALE 2026-2028		2026	2027	2028
Capitolo 444000-001	Assegnazioni APSS	18.800.000,00	13.300.000,00	14.300.000,00
	- di cui canone di Protonterapia	9.300.000,00	9.300.000,00	9.300.000,00
	- di cui risorse Piano Edilizia Sanitaria	9.500.000,00	4.000.000,00	5.000.000,00
Capitolo 444000-019	Assegnazioni APSS per realizzazione Hospice Pediatrico	1.250.000,00	-	-
Capitolo 444000-004	Assegnazioni APSS	3.000.000,00	-	-
	- di cui risorse per presidi protesici	3.000.000,00	-	-
	- di cui risorse Piano Investimenti: attrezz. Sanitarie, tecnologie, arredi e automezzi	-	-	-

Per quanto attiene al fabbisogno di presidi protesici, per l'esercizio 2026, risultano a disposizione dell'Azienda €uro 3.000.000,00=, mentre per la realizzazione dell'hospice pediatrico, sull'annualità 2026 sono previsti €uro 1.250.000,00=. Allo stato attuale la pianificazione degli investimenti aziendali sul triennio 2026-2028 può essere effettuata in ragione delle risorse individuate dal Piano degli Investimenti 2025-2027, ex Delibera G.P. n. 2142/2025, integrate dalle assegnazioni pregresse non totalmente utilizzate entro la chiusura dell'esercizio 2025, per lavori o acquisizioni in c/capitale già ultimati, la cui effettiva valorizzazione e conseguente disponibilità sarà validata solo a seguito delle operazioni di consolidamento dei dati contabili del Bilancio di Esercizio 2025.

ALLEGATO - TABELLE DATI DI ATTIVITÀ

I dati proposti nelle tabelle che seguono fanno riferimento alle risorse impiegate dall'Azienda per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

In coerenza con il Piano Sanitario Nazionale e con le linee guida ministeriali in vigore per l'elaborazione del modello di rilevazione dei costi per Livelli di Assistenza (modello LA), sono presentate tabelle numeriche aventi la medesima organizzazione dei tre livelli in esso individuati, ovvero:

- ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO
- ASSISTENZA DISTRETTUALE
- ASSISTENZA OSPEDALIERA

Le schede contenute nelle pagine seguenti riportano il dato di consuntivo 2024, il dato di preconsuntivo 2025 e i dati previsionali dell'esercizio 2026. I dati di preconsuntivo e di previsione sono stime che devono intendersi solamente indicative delle tendenze in atto. I dati di previsione sono elaborati sulla base delle azioni che si prevede di implementare nel corso del 2026.

Relativamente ai dati esposti nelle diverse tabelle è opportuno precisare quanto segue:

- i costi attribuiti ai singoli LEA sono stati calcolati sulla base della contabilità analitica dei centri di costo e sono riferiti ai costi annuali di competenza;
- i costi dei tre livelli sono complessivamente coerenti con il Bilancio preventivo annuale e il Bilancio di Previsione pluriennale;
- i criteri di attribuzione dei costi trovano fondamento nelle nuove linee guida previste per l'elaborazione del modello LA, in coerenza con la Relazione sulla Gestione.

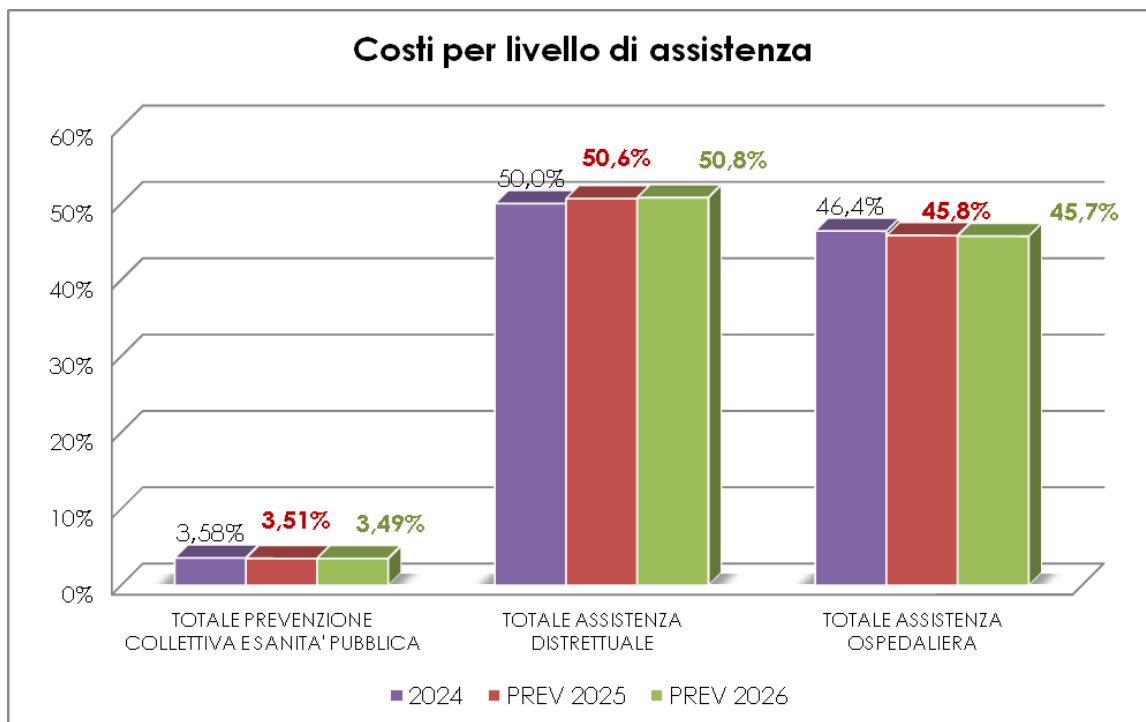
La rappresentazione dell'attività per articolazione territoriale è basata sui tre Distretti (NORD, SUD ed EST) e sui seguenti cinque ambiti territoriali:

- ALTO GARDA E LEDRO, GIUDICARIE
- VALSUGANA E TESINO, ALTA VALSUGANA E BERSNTOL, PRIMIERO
- VAL DI Fiemme, COMUN GENERAL DE FASCIA, VALLE DI CEMBRA
- VAL DI NON, VALLE DI SOLE, ROTALIANA-KONIGSBERG, PAGANELLA
- VAL D'ADIGE, VALLE DEI LAGHI, VALLAGARINA, ALTIPIANI Cimbri

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA - COSTO COMPLESSIVO

TABELLA DI CONSUNTIVO 2024, PRECONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026

LIVELLO DI ASSISTENZA	2024		PRECON 2025		PREV 2026	
	Importo	%	Importo	%	Importo	%
COSTO PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	61.402.555	3,58%	63.626.032	3,51%	63.084.694	3,49%
COSTO ASSISTENZA DISTRETTUALE	857.218.912	50,00%	917.691.082	50,65%	916.409.098	50,77%
COSTO ASSISTENZA OSPEDALIERA	795.368.088	46,39%	830.102.089	45,81%	825.137.748	45,71%
TOTALE COSTI	1.714.449.445	100,00%	1.811.897.753	100,00%	1.805.102.103	100,00%



PRINCIPALI DATI DI ATTIVITÀ APSS⁷

SINTESI DATI ATTIVITA'				
	2023	2024	PREVISIONE 2025	PREVISIONE 2026
ACCESSI IN PS	229.698	239.836	242.523	242.700
ATTI OPERATORI (ord e dh)	32.481	34.008	33.900	33.950
DIMESSI ORD	47.280	47.223	46.226	46.095
DIMESSI DH	16.553	17.054	17.324	17.480
PREST AMBULATORIALI per Esterni	10.467.077	11.512.436	11.885.540	11.897.000

Di seguito una rappresentazione sintetica del trend rilevato nel 2025 per i vari ambiti di attività. Le principali evidenze si possono sintetizzare come segue:

- accessi in Pronto Soccorso: sono in incremento rispetto al 2024 di circa l'1,12%;
- attività operatoria: è sostanzialmente stabile rispetto al 2024;
- dimessi: si conferma una riduzione dell'attività ordinaria e un contestuale aumento dell'attività in DH in linea con quanto programmato;
- con riferimento alle prestazioni ambulatoriali, si conferma il continuo incremento dell'attività complessiva.

Alla luce del trend dell'ultimo anno, nel 2026 si prevede che:

- gli accessi al Pronto Soccorso saranno in lieve aumento rispetto al 2025;
- anche nel 2026 l'attività operatoria sarà condizionata dalla disponibilità di risorse umane; rimarrà prioritario implementare le attività connesse alla riduzione delle liste d'attesa e al miglioramento delle tempistiche;
- è verosimile che il numero di ricoveri per acuti e le relative giornate di degenza si mantengano stabili nel tempo, a parità di posti letto previsti;
- alla luce del trend 2025 e della spinta al recupero delle liste d'attesa, è possibile prevedere che nel 2026 si verifichi un ulteriore incremento dell'attività ambulatoriale in tutti gli ambiti. L'incremento dell'attività ambulatoriale sarà tuttavia condizionato dalla possibilità di mantenere/incrementare l'offerta con le iniziative adottate negli ultimi anni. Rimarrà in essere l'attività di teleconsulto, attraverso le cosiddette "finestre telefoniche".

⁷ Per via della tempestività e frequenza di raccolta e aggiornamento del report, i dati di attività presentati possono talora risultare parziali o incompleti. L'aggiornamento settimanale può riguardare anche i dati pregressi.

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E LAVORO - COSTO COMPLESSIVO

TABELLA DI CONSUNTIVO 2024, PRECONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026

CODICE	LIVELLO DI ASSISTENZA	2024		PREV 2025		PREV 2026	
		Importo	%	Importo	%	Importo	%
1A100	Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	16.704.610	1,0%	17.482.494	1,0%	17.042.845	0,9%
1B100	Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	18.454.390	1,1%	19.122.059	1,1%	19.051.638	1,1%
1C100	Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	4.553.022	0,3%	4.694.372	0,3%	4.679.907	0,3%
1D100	Salute animale e igiene urbana veterinaria	7.018.513	0,4%	7.241.928	0,4%	7.218.322	0,4%
1E100	Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori	3.808.713	0,2%	3.920.144	0,2%	3.926.851	0,2%
1F100	Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale	8.238.082	0,5%	8.468.030	0,5%	8.473.396	0,5%
1G100	Attività medico legali per finalità pubbliche	2.625.227	0,2%	2.697.006	0,1%	2.691.735	0,1%
1H100	Contributo Legge 210/92	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
19999	TOTALE PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITA' PUBBLICA	61.402.555	3,58%	63.626.032	3,51%	63.084.694	3,49%

Analisi effettuate nell'ambito della sanità pubblica

U.O. LABORATORIO DI SANITA' PUBBLICA	2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE POTABILI (1)	4.629	4.748	4.748	4.500
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE DI BALNEAZIONE	562	568	568	568
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE SUPERFICIALI	690	677	660	650
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ALIMENTI UFFICIALI (2)	627	492	480	450
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE RICERCA LEGIONELLA	826	920	900	850
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE MICROBIOLOGICHE AMBIENTALI PER UU.OO. DELLA APSS (3)	1.460	994	900	850
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE MICROBIOLOGICHE REPROCESSING ENDOSCOPI E ATTIVITA' DI SANIFICAZIONE AMBIENTALE IN APSS (4)	899	1.092	1.000	1.030
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE DI TOSSICOLOGIA AMBIENTALE	77	75	50	45
TOTALE DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE MINERALI E TERMALI (5)	1.680	1.647	1.600	1.550

(1) Nel totale delle DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE POTABILI sono considerate le analisi eseguite sui campioni prelevati dalla U.O.I.S.P. nell'ambito del controllo ufficiale, su quelli in autocontrollo prelevati dal Nucleo Qualità Ristorazione della APSS e sui campioni prelevati dai Carabinieri del NAS.

(2) Nel totale delle DETERMINAZIONI ANALITICHE ALIMENTI UFFICIALI sono conteggiati anche i Controlli microbiologici ambientali nei luoghi di produzione e preparazione alimenti, come previsto nel Piano della Sicurezza Alimentare della Provincia Autonoma di Trento.

(3) Nel totale delle DETERMINAZIONI ANALITICHE MICROBIOLOGICHE AMBIENTALI per le UU.OO. della APSS sono conteggiati i campioni di verifica della contaminazione microbiologica ambientale del PMA (Centro Procreazione Assistita) dell'Ospedale di Arco, i campioni eseguiti nelle mense della APSS in autocontrollo dal Nucleo Qualità Ristorazione della APSS e i campioni per la profilassi.

(4) Le DETERMINAZIONI ANALITICHE MICROBIOLOGICHE REPROCESSING ENDOSCOPI sono analisi eseguite dal Laboratorio per tutte le strutture Ospedaliere della APSS

(5) Nel totale delle DETERMINAZIONI ANALITICHE ACQUE MINERALI E TERMALI sono conteggiati anche i campioni prelevati dagli operatori del laboratorio direttamente in sorgente e negli stabilimenti di produzione e termali, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Attività di sanità pubblica veterinaria

U.O. IGIENE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA	2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
NUMERO ALLEVAMENTI BOVINI E OVINI/CAPRINI SOTTOPOSTI A CONTROLLO NELL'AMBITO DEI PIANI DI PROFILASSI UFFICIALI	1.952	1.848	1.700	1.500
NUMERO DI OVINI/CAPRINI SOTTOPOSTI A CONTROLLO SIEROLOGICO INDIVIDUALE PER BRUCELLOSI	16.381	18.495	13.000	10.000
NUMERO DI BOVINI SOTTOPOSTI A PROVA INTRADERMICA PER TUBERCOLOSI	16.315	18.700	8.000	9.000
NUMERO DI CONTROLLI UFFICIALI IN ALLEVAMENTO PER LA VERIFICA DEL RISPETTO DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI BENESSERE ANIMALE, ANAGRAFE	797	754	765	780
NUMERO DI GATTI DI COLONIA STERILIZZATI	710	737	800	850
NUMERO DI EPISODI DI MORSICATURA DA PARTE DI ANIMALI D'AFFEZIONE CONTROLLATI	372	321	360	340
NUMERO DI CAMPIONI PRELEVATI PER PIANO NAZIONALE RESIDUI E PIANO NAZIONALE ALIMENTAZIONE ANIMALE	273	280	275	275
NUMERO DI CARCASSE SOTTOPOSTE A ISPEZIONE POST-MORTEM	90.548	91.729	90.000	90.000
NUMERO DI CERTIFICATI SANITARI RILASCIATI DAI VETERINARI UFFICIALI PRESSO GLI STABILIMENTI CHE ESPORTANO ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	867	1.391	1.000	1.000
NUMERO DI AZIENDE/STRUTTURE RICONOSCIUTE SOTTOPOSTE A CONTROLLO UFFICIALE AI SENSI DEL REG. (CE) 882/2004	160	159	163	158

Attività di medicina legale

U.O. MEDICINA LEGALE	2021	2022	2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
NUMERO COMPLESSIVO DI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI DELLE MINORAZIONI DIPENDENTI DA CAUSE CIVILI	14.219	15.374	18.168	20.019	21.150	nd
NUMERO COMPLESSIVO DI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI IN CAPO ALLA COMMISSIONE MEDICO LEGALE PER LE PATENTI DI GUIDA	9.007	11.098	11.066	11.718	13.379	13.000
ALTRI ACCERTAMENTI MEDICO-LEGALI	1.242	1.422	1.177	1.200	1.200	1.200

Attività di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

U.O. PREVENZIONE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO	2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
NUMERO COMPLESSIVO DI VERIFICHE PERIODICHE DA COMPETENZE EX ENPI	118	213	150	200
NUMERO COMPLESSIVO DI VERIFICHE PERIODICHE DA COMPETENZE EX ANCC	120	135	150	150
NUMERO DI INCHIESTE INFORTUNI SU DELEGA DELLE PROCURE DELLA REPUBBLICA	288	261	250	250
VIGILANZA SUI CANTIERI EDILI (SOPRALLUOGHI ESEGUITI)	390	466	350	350
NUMERO DI SOPRALLUOGHI A CARATTERE ISPETTIVO IN AMBIENTE DI LAVORO	2.187	4.145	3.700	3.500
NUMERO DI INCHIESTE PER MALATTIE PROFESSIONALI	318	279	340	300
NUMERO COMPLESSIVO DI VISITE MEDICHE	199	146	100	110
NUMERO DI INIZIATIVE DI INFORMAZIONE	8	14	23	15

Il numero di sopralluoghi comprende tutti i sopralluoghi effettuati per vari motivi in Azienda o cantiere (anche ripetuti) ed esprimono un indicatore di attività. Si osserva che i sopralluoghi effettuati una sola volta sono ovviamente più contenuti (circa un terzo) ed esprimono un indicatore di copertura del territorio.

ASSISTENZA DISTRETTUALE - COSTO COMPLESSIVO

TABELLA DI CONSUNTIVO 2024, PRECONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026

CODICE	LIVELLO DI ASSISTENZA	2024		PREV 2025		PREV 2026	
		Importo	%	Importo	%	Importo	%
2A100	Assistenza sanitaria di base	71.228.000	4,2%	77.686.921	4,3%	77.910.440	4,3%
2B100	Continuità assistenziale	5.974.626	0,3%	6.566.233	0,4%	6.601.562	0,4%
2C100	Assistenza ai turisti	99.688	0,0%	109.598	0,0%	110.198	0,0%
2D100	Emergenza sanitaria territoriale	35.871.731	2,1%	37.282.973	2,1%	37.290.600	2,1%
2E100	Assistenza farmaceutica	158.028.734	9,2%	171.274.940	9,5%	171.561.605	9,5%
2F100	Assistenza integrativa e protesica	22.820.943	1,3%	24.785.711	1,4%	24.830.085	1,4%
2G100	Assistenza specialistica ambulatoriale	214.624.390	12,5%	226.647.457	12,5%	225.250.744	12,5%
2H100	Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale	157.604.198	9,2%	164.229.796	9,1%	162.750.148	9,0%
2I100	Assistenza sociosanitaria semi-residenziale	11.119.924	0,6%	12.156.855	0,7%	12.217.369	0,7%
2J100	Assistenza sociosanitaria residenziale	174.116.540	10,2%	190.846.064	10,5%	191.763.194	10,6%
2K100	Assistenza termale	2.951.593	0,2%	3.245.025	0,2%	3.262.780	0,2%
2L100	Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	2.778.545	0,2%	2.859.510	0,2%	2.860.373	0,2%
29999	TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	857.218.912	50,00%	917.691.082	50,65%	916.409.098	50,77%

Attività ambulatoriale

TABELLA DI CONSUNTIVO 2023, 2024 PRECONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026 (DATO APSS)⁸

		ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
		N° PRESTAZIONI PER ESTERNI	VALORE DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI (IN €)	VALORE MEDIO DELLE PRESTAZIONI PER ESTERNI (IN €)
Distretto NORD	2023	5.982.690	84.225.850	14,08
	2024	6.648.426	97.490.232	14,66
	Previsione 2025 *	6.861.206	102.334.364	14,91
	Previsione 2026	6.867.822	102.438.336	14,92
Distretto SUD	2023	3.392.273	39.178.259	11,55
	2024	3.632.805	44.725.863	12,31
	Previsione 2025 *	3.701.472	48.619.820	13,14
	Previsione 2026	3.705.041	48.669.218	13,14
Distretto EST	2023	1.092.114	11.646.717	10,66
	2024	1.231.205	13.619.657	11,06
	Previsione 2025 *	1.322.862	15.255.391	11,53
	Previsione 2026	1.324.137	15.270.890	11,53
TOTALE	2023	10.467.077	135.050.826	12,90
	2024	11.512.436	155.835.752	13,54
	Previsione 2025 *	11.885.540	166.209.574	13,98
	Previsione 2026	11.897.000	166.378.444	13,98

* I DATI INSERITI SONO ATTUALMENTE IN FASE DI VERIFICA CON IL DIP. TECNOLOGIE, ALLA LUCE DEI CAMBI DEGLI APPLICATIVI IN ESSERE E ALL'AVVIO DEL NUOVO NOMENCLATORE TARIFFARIO

Alla luce di questi trend e della spinta al recupero delle liste d'attesa, è possibile prevedere che nel 2026 si verifichi un leggero incremento dell'attività ambulatoriale in tutti gli ambiti. L'incremento dell'attività ambulatoriale sarà tuttavia condizionato dalla possibilità di mantenere/incrementare l'offerta, che negli anni precedenti è stata potenziata attraverso il ricorso al privato, l'effettuazione di prestazioni orarie aggiuntive da parte del personale dipendente e l'apertura al rimborso in assistenza indiretta. È inoltre da favorire l'attività di teleconsulto, attraverso il mantenimento dell'attuale iniziativa di definizione di alcune "finestre telefoniche", all'interno delle quali il medico di medicina generale e il pediatra di libera scelta hanno la possibilità di consultarsi con i colleghi specialisti ospedalieri per singole casistiche, limitando la prescrizione di prestazioni non appropriate.

L'andamento delle prestazioni ambulatoriali ha proseguito la crescita nel corso del 2025,

⁸ Non sono comprese le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

mostrando un significativo incremento dell'attività di laboratorio. I volumi di prestazioni ambulatoriali di altre specialità erogate nel corso del 2025 registrano anch'esse un forte incremento rispetto al 2024.

ASSISTENZA OSPEDALIERA - COSTO COMPLESSIVO

TABELLA DI CONSUNTIVO 2024, PRECONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026

CODICE	LIVELLO DI ASSISTENZA	2024		PREV 2025		PREV 2026	
		Importo	%	Importo	%	Importo	%
3A100	Attività di Pronto soccorso	72.610.089	4,2%	74.718.156	4,1%	73.968.222	4,1%
3B100	Assistenza ospedaliera per acuti	633.453.761	36,9%	660.213.302	36,4%	656.419.239	36,4%
3C100	Assistenza ospedaliera per lungodegenti	12.706.241	0,7%	13.968.993	0,8%	14.045.295	0,8%
3D100	Assistenza ospedaliera per riabilitazione	56.202.851	3,3%	59.900.823	3,3%	59.613.711	3,3%
3E100	Trasporto sanitario assistito	5.928.028	0,3%	6.158.315	0,3%	6.136.719	0,3%
3F100	Attività trasfusionale	14.262.520	0,8%	14.928.884	0,8%	14.744.571	0,8%
3G100	Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	204.598	0,0%	213.616	0,0%	209.989	0,0%
3H100	Attività a supporto della donazione di cellule riproduttive	-	0,0%	-	0,0%	-	0,0%
39999	TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	795.368.088	46,39%	830.102.089	45,81%	825.137.748	45,71%

Pronto Soccorso

L'andamento degli accessi in Pronto Soccorso evidenzia un incremento rispetto al 2024 pari al 1,12%. I ricoveri da PS sono in diminuzione sia in valore assoluto che percentuale. Per il 2026 è verosimile attendersi un sostanziale mantenimento degli accessi rispetto al 2025.

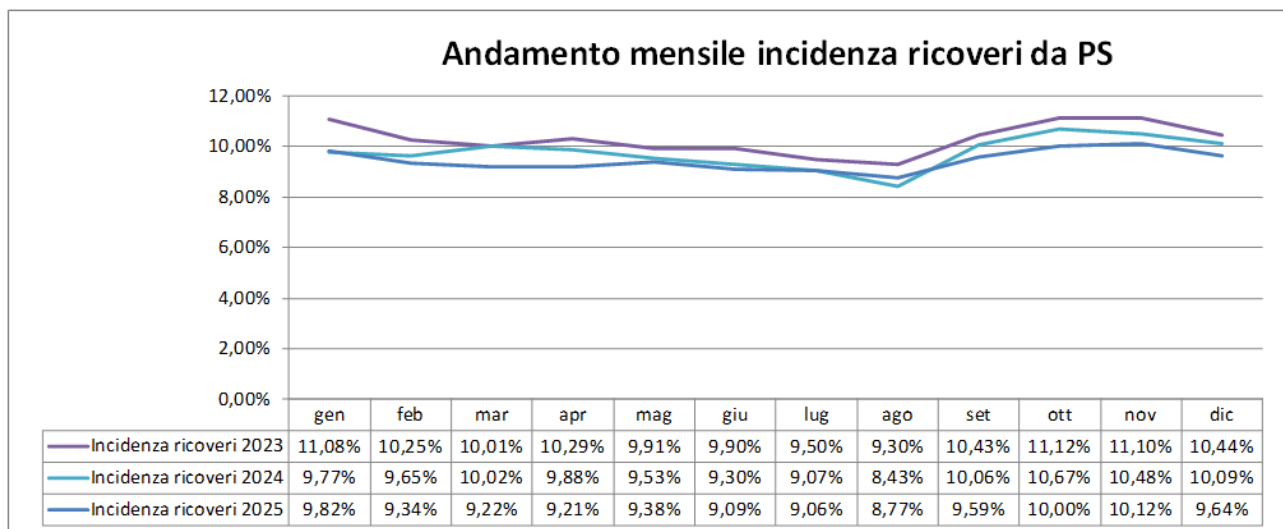
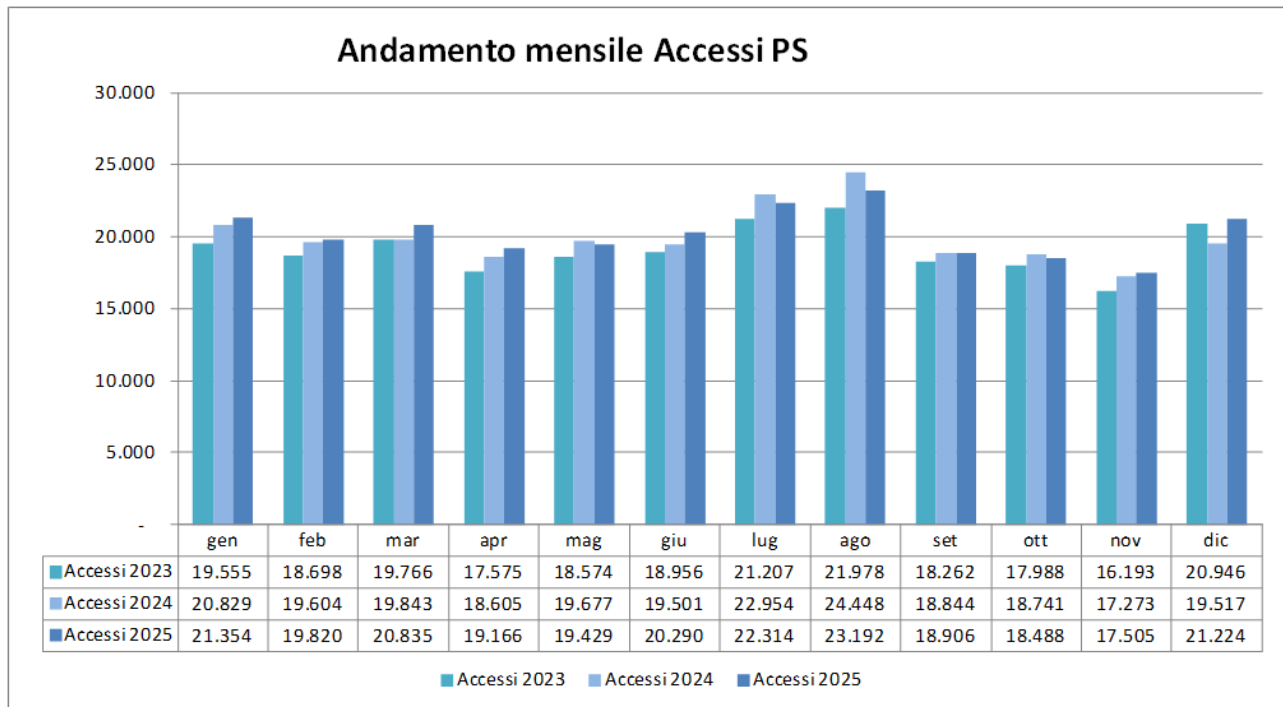
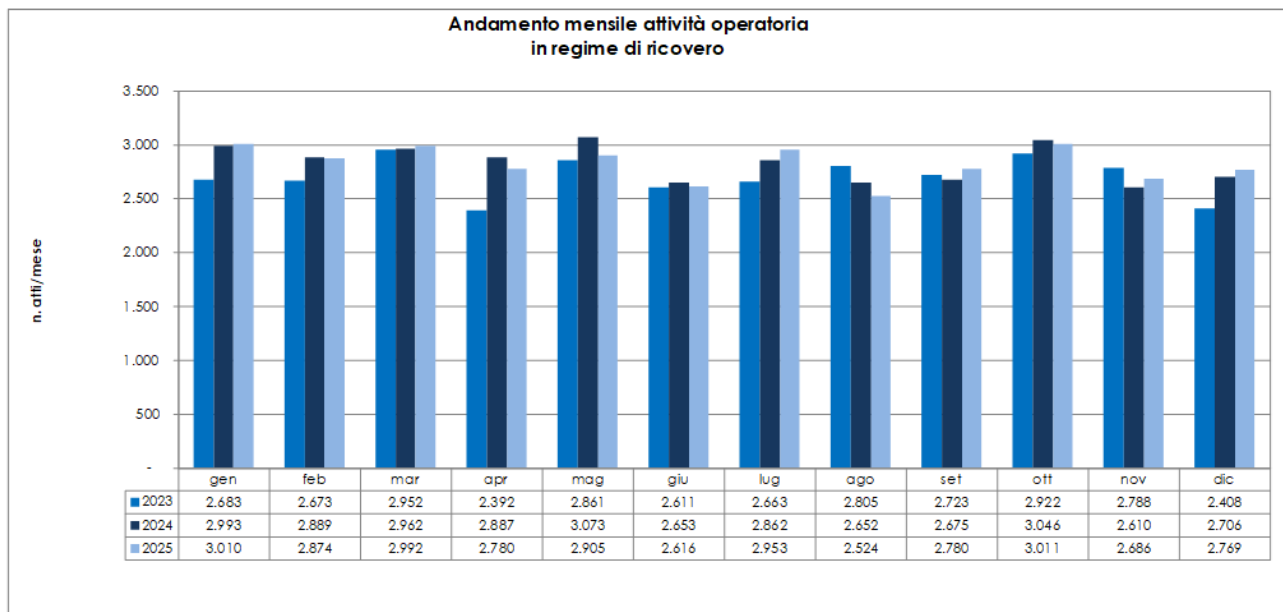


TABELLA DI CONSUNTIVO 2023, CONSUNTIVO 2024, CONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026

		PRONTO SOCCORSO		
		N° ACCESSI AL P.S.	N° RICOVERI DA P.S.	N° RICOVERI DA P.S. / N° ACCESSI AL P.S.
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2023	91.474	10.786	11,79%
	2024	94.198	10.317	10,95%
	2025	94.420	10.937	11,58%
	Previsione 2026	94.500	10.900	11,53%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2023	47.042	4.946	10,51%
	2024	50.438	5.066	10,04%
	2025	49.902	4.379	8,78%
	Previsione 2026	49.900	4.370	8,76%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2023	21.791	1.414	6,49%
	2024	22.912	1.415	6,18%
	2025	23.454	1.381	5,89%
	Previsione 2026	23.500	1.380	5,87%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2023	13.036	1.207	9,26%
	2024	13.781	1.278	9,27%
	2025	14.146	1.167	8,25%
	Previsione 2026	14.150	1.150	8,13%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2023	24.454	2.273	9,30%
	2024	25.359	2.173	8,57%
	2025	25.620	2.279	8,90%
	Previsione 2026	25.650	2.270	8,85%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2023	18.641	1.416	7,60%
	2024	19.391	1.497	7,72%
	2025	20.483	1.320	6,44%
	Previsione 2026	20.500	1.300	6,34%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2023	13.260	1.492	11,25%
	2024	13.757	1.516	11,02%
	2025	14.498	1.373	9,47%
	Previsione 2026	14.500	1.370	9,45%
TOTALE	2023	229.698	23.534	10,25%
	2024	239.836	23.262	9,70%
	2025	242.523	22.836	9,42%
	Previsione 2026	242.700	22.740	9,37%

Attività operatoria e ricoveri



Fonte: Qlik REGOPE

Nel corso del 2025 l'attività operatoria è sostanzialmente stabile rispetto all'anno precedente.

Nel 2026 l'attività operatoria si andrà consolidando sui volumi raggiunti nel 2025 continuando il progressivo passaggio dalla chirurgia in DS alla chirurgia ambulatoriale.

Con riferimento ai ricoveri per acuti, è verosimile che il numero di ricoveri e le giornate di degenza si mantengano stabili nel tempo, a parità di posti letto previsti.

Degenza ordinaria e in Day Hospital (indicatori)

TABELLA DI CONSUNTIVO 2023, CONSUNTIVO 2024, PRECONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026 (DATO APSS)⁹

		PRESTAZIONI E SERVIZI					INDICATORI					
		N° GIORNATE DI DEGENZA (ORDINARIA)	N° GIORNATE DI DEGENZA (DAY HOSPITAL)	NUMERO DIMESSI (DEGENZA ORDINARIA)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG (IN €)	PESO TOTALE DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO TOTALE DRG (DAY HOSPITAL)	PESO MEDIO DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO MEDIO DRG (DAY HOSPITAL)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DEGENZA ORDINARIA)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DAY HOSPITAL)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2023	173.144	26.822	23.901	7.094	153.093.063	30.597	5.540	1,28	0,78	80,40%	125,81%
	2024	173.695	19.673	23.743	6.822	150.343.736	30.327	5.463	1,28	0,80	80,38%	92,27%
	Previsione 2025	171.616	25.794	23.650	6.822	157.027.577	29.823	5.202	1,26	0,76	79,42%	57,76%
	Previsione 2026	171.399	25.899	23.620	6.850	157.017.271	29.785	5.223	1,26	0,76	79,32%	121,48%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2023	67.585	6.809	10.734	3.758	54.946.392	12.102	3.068	1,13	0,82	71,77%	137,83%
	2024	63.871	7.446	10.669	4.343	55.140.791	11.769	3.570	1,10	0,82	67,83%	150,73%
	Previsione 2025	58.785	8.161	10.146	4.504	51.557.931	11.017	3.713	1,09	0,82	62,42%	111,58%
	Previsione 2026	58.692	8.244	10.130	4.550	51.663.511	10.999	3.751	1,09	0,82	62,33%	166,88%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CAVALESE	2023	14.623	2.979	2.523	955	11.241.039	2.888	865	1,14	0,91	66,77%	114,58%
	2024	15.077	3.500	2.596	1.103	11.923.054	2.958	984	1,14	0,89	68,84%	134,62%
	Previsione 2025	14.224	3.693	2.519	1.184	12.584.374	2.816	1.054	1,12	0,89	64,95%	83,22%
	Previsione 2026	14.230	3.743	2.520	1.200	12.642.147	2.817	1.068	1,12	0,89	64,98%	143,97%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI BORGO VALSUGANA	2023	17.629	2.243	1.865	1.170	8.764.411	1.999	988	1,07	0,84	71,03%	107,84%
	2024	17.045	1.969	1.850	1.116	8.606.338	1.971	954	1,07	0,86	68,67%	94,66%
	Previsione 2025	16.143	2.153	1.859	1.123	8.597.709	1.939	962	1,04	0,86	65,04%	76,85%
	Previsione 2026	16.064	2.205	1.850	1.150	8.649.607	1.930	985	1,04	0,86	64,72%	105,99%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI CLES	2023	21.982	2.813	3.565	917	15.134.632	3.971	755	1,11	0,82	71,70%	108,19%
	2024	21.395	2.370	3.414	969	14.851.713	3.900	810	1,14	0,84	69,78%	91,15%
	Previsione 2025	21.605	2.969	3.450	968	15.303.415	3.831	821	1,11	0,85	70,47%	44,90%
	Previsione 2026	21.292	3.006	3.400	980	15.171.787	3.776	831	1,11	0,85	69,45%	115,63%

⁹ Non sono comprese le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

STRUTTURA OSPEDALIERA DI ARCO	2023	22.776	3.870	2.262	1.374	10.670.409	2.412	1.152	1,07	0,84	78,00%	165,38%
	2024	22.736	4.159	2.402	1.410	10.759.181	2.486	1.188	1,03	0,84	77,86%	177,74%
	Previsione 2025	18.454	3.887	2.130	1.380	10.377.513	2.287	1.157	1,07	0,84	63,20%	100,29%
	Previsione 2026	18.367	3.915	2.120	1.390	10.377.513	2.276	1.166	1,07	0,84	62,90%	167,31%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TIONE	2023	13.282	2.133	1.883	1.000	8.127.137	2.015	826	1,07	0,83	72,78%	117,20%
	2024	14.303	2.153	1.989	969	9.042.569	2.216	811	1,11	0,84	78,37%	118,30%
	Previsione 2025	14.051	2.248	1.920	1.054	9.598.290	2.180	900	1,14	0,85	76,99%	79,14%
	Previsione 2026	13.904	2.282	1.900	1.070	9.585.381	2.157	913	1,14	0,85	76,19%	125,40%
TOTALE	2023	331.021	47.669	46.733	16.268	261.977.082	55.984	13.195	1,20	0,81	76,21%	126,44%
	2024	328.122	41.270	46.663	16.732	260.667.381	55.627	13.780	1,19	0,82	75,42%	109,47%
	Previsione 2025	314.878	48.905	45.674	17.035	265.046.809	53.892	13.809	1,18	0,81	72,37%	129,72%
	Previsione 2026	313.949	49.295	45.540	17.190	265.107.216	53.740	13.938	1,18	0,81	72,16%	130,76%

Riabilitazione (indicatori)

TABELLA DI CONSUNTIVO 2023, CONSUNTIVO 2024, PRECONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026 (DATO APSS)¹⁰

		PRESTAZIONI E SERVIZI					INDICATORI					
		N° GIORNATE DI DEGENZA (ORDINARIA)	N° GIORNATE DI DEGENZA (DAY HOSPITAL)	NUMERO DIMESSI (DEGENZA ORDINARIA)	NUMERO DIMESSI (DAY HOSPITAL)	VALORE DRG (IN €)	PESO TOTALE DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO TOTALE DRG (DAY HOSPITAL)	PESO MEDIO DRG (DEGENZA ORDINARIA)	PESO MEDIO DRG (DAY HOSPITAL)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DEGENZA ORDINARIA)	TASSO DI UTILIZZAZIONE (DAY HOSPITAL)
STRUTTURA OSPEDALIERA DI TRENTO	2023	18.641	3.104	534	285	7.667.389	478	219	0,90	0,77	75,10%	66,32%
	2024	18.861	4.215	546	322	8.121.171	554	258	1,01	0,80	75,99%	90,06%
	Previsione 2025	18.756	4.843	535	289	7.448.975	534		1,00		75,57%	103,48%
	Previsione 2026	18.931	4.860	540	290	7.518.591	539		1,00		76,27%	103,84%
STRUTTURA OSPEDALIERA DI ROVERETO	2023	427		13		200.690	13		0,99		29,25%	
	2024	531		14		249.570	15		1,09		36,37%	
	Previsione 2025	716		17		238.732	24		1,44		49,02%	
	Previsione 2026	632		15		210.646	22		1,44		43,25%	
TOTALE	2023	19.068	3.104	547	285	7.868.079	491	219	1,89	0,77	72,56%	66,32%
	2024	19.392	4.215	560	322	8.370.741	569	258	2,10	0,80	73,79%	90,06%
	Previsione 2025	19.471	4.843	552	289	7.687.707	558		2,43		74,09%	103,48%
	Previsione 2026	19.562	4.860	555	290	7.729.237	561		1,01		74,44%	103,84%

¹⁰ Non sono comprese le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

Altri indicatori APSS

TABELLA DI CONSUNTIVO 2023, 2024 PRECONSUNTIVO 2025 E PREVISIONI 2026

ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO		2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
COSTO PERCENTUALE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	costo Assistenza sanitaria collettiva	53.131.223	61.402.555	63.626.032	63.084.694
	costo totale dei livelli di assistenza	1.573.208.269	1.714.449.445	1.811.897.753	1.805.102.103
	risultato	3,38%	3,58%	3,51%	3,49%
COSTO PRO CAPITE DEL LIVELLO DI ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	costo Assistenza sanitaria collettiva	53.131.223	61.402.555	63.626.032	63.084.694
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	97,85	112,63	116,38	115,39
ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA SANITARIA DI BASE		2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
NUMERO ASSISTIBILI DI ETÀ' >= 14 ANNI PER MEDICO	nr residenti di età >= 14 anni	469.677	473.347	476.440	476.440
	nr medici di medicina generale *	330	333	305	289
	risultato	1.423	1.421	1.562	1.649
NUMERO ASSISTIBILI DI ETÀ' < 14 ANNI PER PEDIATRA	nr residenti di età < 14 anni	73.319	71.822	70.269	70.269
	nr pediatri libera scelta *	68	65	63	70
	risultato	1.078	1.105	1.115	1.004
DISPONIBILITA' DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE (OGNI 1.000 RESIDENTI)	nr medici di medicina generale *	330	333	305	289
	nr residenti di età >= 14 anni	469.677	473.347	476.440	476.440
	risultato	0,70	0,70	0,64	0,61
* Relativamente all'anno 2026 il dato comprende le pubblicazioni in corso. Il dato è condizionato dalla copertura o meno delle carenze pubblicate e dalla effettiva cessazione dei medici in prossimità del limite di età di espletamento e di prossima emanazione, decurtato delle prossime possibili cessazioni.					
DISPONIBILITA' DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA (OGNI 1.000 RESIDENTI)	nr pediatri libera scelta	68	65	63	70
	nr residenti di età < 14 anni	73.319	71.822	70.269	70.269
	risultato	0,93	0,91	0,90	1,00
DISPONIBILITA' MEDICI DI CONTINUITA' ASS. (OGNI 10.000 RESIDENTI) **	nr medici di continuità assistenziale	112	117	113	113
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	2,06	2,15	2,07	2,07
** di cui 27 a 12h/sett.					
PUNTI DI GUARDIA MEDICA OGNI 10.000 RESIDENTI ***	nr punti guardia medica	20	20	20	20
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	0,37	0,37	0,37	0,37
*** Attività e sedi in fase di riorganizzazione					
COSTO % DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (MMG/PLS, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, ASSISTENZA TURISTICA) SUL COSTO TOTALE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	costo Assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza ai turisti	69.697.072	77.302.314	84.362.752	84.622.201
	costo totale dei livelli di assistenza	1.573.208.269	1.714.449.445	1.811.897.753	1.805.102.103
	risultato	4,43%	4,51%	4,66%	4,69%
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA SANITARIA DI BASE (MMG/PLS, CONTINUITA' ASSISTENZIALE, ASSISTENZA TURISTICA)	costo Assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale, assistenza ai turisti	69.697.072	77.302.314	84.362.752	84.622.201
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	128,36	141,80	154,31	154,78

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

SPESA LORDA ⁽¹⁾ PER MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	spesa lorda	76.852.429	79.454.263	81.500.000	84.000.000
	nr. medici di base	398	398	368	359
	risultato	193.097	199.634	221.467	233.983
SPESA LORDA ⁽¹⁾ PRO CAPITE	spesa lorda	76.852.429	79.454.263	81.500.000	84.000.000
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	142	146	149	154

⁽¹⁾ spesa lorda riferita all'assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate (AFC)

NUMERO MEDIO DI RICETTE PRESCRITTE DAI MEDICI DI MEDICINA GENERALE E DAI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA	nr di ricette farmaceutiche	4.740.446	4.885.569	4.910.000	4.950.000
	nr medici di base	398	398	368	359
	risultato	11.911	12.275	13.342	13.788

NUMERO DI RICETTE FARMACEUTICHE PRO CAPITE	nr di ricette farmaceutiche	4.740.446	4.885.569	4.910.000	4.950.000
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	8,73	8,96	8,98	9,05

INCIDENZA % DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE ⁽²⁾ SULL'ASSISTENZA DISTRETTUALE	costo Assistenza farmaceutica	146.725.270	158.028.734	171.274.940	171.561.605
	costo assistenza distrettuale	791.468.048	857.218.912	917.691.082	916.409.098
	risultato	18,54%	18,44%	18,66%	18,72%

⁽²⁾ comprensiva di assistenza farmaceutica convenzionata (AFC), distribuzione per conto (DPC) e alla dimissione ex 405/2001, e mobilità

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA SPECIALISTICA

		2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
NUMERO POLIAMBULATORI OGNI 10.000 RESIDENTI	nr poliambulatori	20	20	20	20
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	0,37	0,37	0,37	0,37
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA	costo Assistenza specialistica ambulatoriale	196.803.927	214.624.390	226.647.457	225.250.744
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	362,44	393,68	414,57	412,01
COSTO % DELL'ASSISTENZA SPECIALISTICA NELL'AMBITO DELL'ASSISTENZA DISTRETTUALE	costo Assistenza specialistica ambulatoriale	196.803.927	214.624.390	226.647.457	225.250.744
	costo assistenza distrettuale	791.468.048	857.218.912	917.691.082	916.409.098
	risultato	24,87%	25,04%	24,70%	24,58%

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA TERRITORIALE AMB.LE E DOM.RE

		2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
CONSULTORI FAMILIARI OGNI 1.000 APPARTENENTI ALLA CLASSE	nr consultori familiari	12	12	12	12
	donne residenti tra 15 e 49 anni	107.622	106.977	106.502	106.502
	risultato	0,11	0,11	0,11	0,11

ASSISTENZA DISTRETTUALE: ASSISTENZA SOCIO SANITARIA

		2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
POSTI LETTO IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI OGNI 1.000 ANZIANI	n° posti letto finanziati in strutture residenziali non Covid*	4.571	4.579	4.671	4.691
	n° posti letto finanziati in strutture residenziali di supporto al COVID**	37	25	25	25
	n° posti letto finanziati in strutture residenziali totali	4.608	4.604	4.696	4.716
	popolazione residente >= 65 anni	126.166	128.721	131.499	131.499
	risultato	36,52	35,77	35,71	35,86
COSTO % DEI SERVIZI DI ASSISTENZA SOCIO SANITARIA RESIDENZIALE A PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI SUL COSTO TOTALE DEI LIVELLI DI ASSISTENZA	costo Assistenza sociosanitaria residenziale a persone non autosufficienti	144.711.526	143.933.749	158.139.245	158.951.204
	costo totale dei livelli di assistenza	1.573.208.269	1.714.449.445	1.811.897.753	1.805.102.103
	risultato	9,20%	8,40%	8,73%	8,81%
COSTO PRO CAPITE DELL'ASSISTENZA RESIDENZIALE AGLI ANZIANI	costo Assistenza sociosanitaria residenziale a persone non autosufficienti	144.711.526	143.933.749	158.139.245	158.951.204
	popolazione residente >= 65 anni	126.166	128.721	131.499	131.499
	risultato	1.146,99	1.118,18	1.202,59	1.208,76

*Il dato relativo ai posti letto "finanziati" 2025 è rilevato tenendo conto del provvedimento di G.P. n. 2253 del 23/12/2024 di approvazione delle direttive annuali sulle RSA provinciali (n. 4.636 posti di RSA + 10 posti di RSA sollievo a bassa intensità + 25 posti di comunità residenziale religiosi; per il 2026 in base al provvedimento di G.P. n. nr 2148 del 19 dic 2025 sono stati aggiunti 20 posti letto della Casa della Comunità di Ala;

** il dato relativo ai posti letto finanziati di supporto al SSP del 2024 è rilevato tenendo conto dei seguenti provvedimenti:
- nota DG di APSS prot. n. 25853 del 08/02/2024 : destinazione di tutti i 25 pl disponibili a RSA Temporanea;
- nota del Dirigente Generale del Dipartimento Salute e Politiche Sociali della Provincia di Trento (prot. APSS n. 57863 del 26/03/2025), ha confermato il possesso dei requisiti per l'esercizio in continuità come struttura territoriale di supporto SPP anche per il 2025 (25 pl), nelle more del rilascio di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento per la funzione territoriale di ospedale di comunità come previsto da dGP n. 2227/2023 e successiva n. 1781/2024;
- per il 2026 confermati i 25 PL fino al 31/03/2026

ASSISTENZA OSPEDALIERA

		2023	2024	Previsione 2025	Previsione 2026
POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI	nr complessivo di posti letto pubblici e privati	2.155	2.163	2.141	2.141
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	3,97	3,97	3,92	3,92
TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE*	nr totale dimissioni residenti in e fuori Provincia	74.996	76.314	75.995	76.125
	popolazione residente	542.996	545.169	546.709	546.709
	risultato	138,12	139,98	139,00	139,24
* escluso drg 391 neonato normale;					
% POSTI LETTO DI DAY HOSPITAL	numero posti letto D.H.	223	222	219	219
	nr complessivo di posti letto pubblici e privati	2.155	2.163	2.141	2.141
	risultato	10,35%	10,26%	10,23%	10,23%
% POSTI LETTO PRIVATI ACCREDITATI	nr posti letto strutture private accreditate	728	736	714	714
	nr complessivo di posti letto pubblici e privati	2.155	2.163	2.141	2.141
	risultato	33,78%	34,03%	33,35%	33,35%
INDICE DI ATTRAZIONE	nr dimissioni non residenti	12.805	12.530	12.400	12.400
	nr totale dimissioni presidi pubblici e privati	80.108	81.145	80.150	80.175
	risultato	15,98%	15,44%	15,47%	15,47%
TASSO DI UTILIZZO POSTI LETTO DI DEGENZA ORDINARIA	acuti	76,2%	75,42%	72,37%	72,16%
	riabilitazione	72,56%	73,79%	74,1%	74,4%
DURATA MEDIA DEGENZA ORDINARIA	acuti	7,08	7,03	6,89	6,89
	riabilitazione	34,86	34,63	35,27	35,25
% ACCESSI ESITANTI IN RICOVERO	nr accessi in P.S. seguiti da ricovero	23.534	23.262	22.836	23.044
	nr accessi in P.S.	229.698	239.836	242.523	245.280
	risultato	10,25%	9,70%	9,42%	9,40%