

Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza 2022 – 2023 – 2024



INDICE

PARTE I	6
PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	6
1. SOGGETTI DESTINATARI DEL PRESENTE PIANO	7
2. COSA SI INTENDE PER CORRUZIONE E CONFLITTO DI INTERESSI	7
2.1 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE	7
2.2 DIFFERENZA TRA CONFLITTO DI INTERESSE E CORRUZIONE	8
3. IL PERCHÈ DI QUESTO PIANO	9
4. CONTENUTO E PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL PTPC	10
5. IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA DELL'APSS	12
6. I REFERENTI AZIENDALI DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	12
7. I SOGGETTI CHIAVE	13
8. RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO	17
9. LA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE	18
10. OBIETTIVI E CONTENUTI DEL PIANO DI SETTORE GESTIONE RISCHIO CORRUZIONE E ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA	22
11. MONITORAGGIO E RIESAME DELLE MISURE DEL PTPC	23
11.1 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO 2021	23
11.2 GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19	24
11.2.1 Contratti pubblici in periodo Covid 19	24
11.2.2 Assunzioni straordinarie	26
11.2.3 Estensione del lavoro agile (art. 2, comma 1, del DPCM 8.3.2020)	26
11.2.4 Rimodulazione dell'attività sanitaria	27

11.2.5 Strutture accreditate – area sanitaria - attività di degenza	27
11.2.6 Strutture accreditate - area socio sanitaria - assistenza dei non autosufficienti	28
11.2.7 Gestione e monitoraggio delle donazioni per COVID 19	30
11.3 MONITORAGGIO DEL PTPC: RUOLI E RESPONSABILITÀ	31
12. ANALISI DELL’AMBIENTE DI RIFERIMENTO	32
13. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE	33
14. AREE DI RISCHIO	37
15. AREE DI RISCHIO SPECIFICHE PER IL SETTORE SANITARIO	38
15.1 ATTIVITA’ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE D’ATTESA	38
15.1.1 Prestazioni di specialistica ambulatoriale	39
15.1.2 Sistema RAO e sistema unico di prenotazione	42
15.1.3 Piattaforme assistenziali	43
15.2 RAPPORTI CONVENZIONALI CON STRUTTURE/PROFESSIONISTI PRIVATI ACCREDITATI, ASSOCIAZIONI VOLONTARIATO TRASPORTO INFERMI, DONATORI SANGUE	44
15.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE, RICERCA, SPERIMENTAZIONE, SPONSORIZZAZIONE	48
15.3.1 Assistenza farmaceutica	48
15.3.2 Informatizzazione del ciclo di terapia in APSS	51
15.3.3 Dispositivi e introduzione di nuove tecnologie	52
15.3.4 Ricerche sanitarie e sperimentazioni cliniche	53
15.3.5 Sponsorizzazioni e disciplina dei rapporti con le ditte	55
15.4 ATTIVITA’ CONSEGUENTI AL DECESSO OSPEDALIERO	56
16. ALCUNI MECCANISMI DI CONTROLLO INTERNO DEI PROCESSI	57
16.1 LA GESTIONE DEI RISCHI E IL SISTEMA DEI CONTROLLI IN APSS	57
16.2 LE CERTIFICAZIONI	58
16.3 AUTOMATIZZAZIONE DEI PROCESSI	59
16.4 LINEE GUIDA, REGOLAMENTI E PROCEDURE	60
17. ALCUNE MISURE SPECIFICHE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	62
17. CODICE DI COMPORTAMENTO	70
18.1 OBBLIGO DI ASTENSIONE E SEGNALAZIONE DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSI	70
18.2 AZIONI PER LA DIFFUSIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO E DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	72

18. MODALITÀ' PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE WHISTLEBLOWING	73
19. RAPPORTI CON LA SOCIETÀ CIVILE	75
20. ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ D.LGS. 39/2013 E DI INCOMPATIBILITÀ, CUMULO DI IMPIEGHI E INCARICHI ART. 53 D.LGS. 165/2001	75
21. MISURE IN MATERIA DI TRASPARENZA	76
22. FORMAZIONE DEI DIPENDENTI DESTINATI AD OPERARE IN AREE PARTICOLARMENTE ESPOSTE ALLA CORRUZIONE	76
23. ROTAZIONE DEI DIPENDENTI	79
24. MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI DI CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI	80
25. OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DEL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA	80
26. RELAZIONE DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DEL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA	81
PARTE II	82
PIANO AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA	82
1. PREMESSA	83
2. COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE: PIANO DI SETTORE	84
3. IMPATTO DELL'EMERGENZA DA COVID-19 SUGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA	85
4. STATO DI ATTUAZIONE IN APSS DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA PIÙ SIGNIFICATIVI E DI MAGGIORE IMPATTO ORGANIZZATIVO	85
4.1 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI POLITICI, DI AMMINISTRAZIONE, DI DIREZIONE O DI GOVERNO E I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI	85

4.2	CONSULENTI E COLLABORATORI	88
4.3	ATTIVITÀ E PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI	89
4.4	LISTE DI ATTESA	90
4.5	APPALTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE	91
5.	DIRITTO DI ACCESSO CIVICO	92
6.	TRASPARENZA E PRIVACY	93
7.	CONFIGURAZIONE DELLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE: OBBLIGHI E TEMPISTICA DI PUBBLICAZIONE	95
7.1	PORTALE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” e SITO WEB AZIENDALE	96
8.	COMPITI DEL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA	96
8.1	MONITORAGGIO SULL’ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	96
9.	NUCLEO DI VALUTAZIONE: COMPITI IN MATERIA DI TRASPARENZA E RACCORDO CON IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA	97
10.	SANZIONI	97
-	ALLEGATI PARTE INTEGRANTE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E L’ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA 2019-2020-2021	99
	A) Analisi del contesto interno ed esterno	
	B) Tabella dei processi, rischi e misure per la prevenzione della corruzione	
	C) Tabella dei processi, rischi e misure dei servizi veterinari	
	D) Tabella degli obblighi di pubblicazione	
	E) Tabella delle misure di trasparenza aggiuntive	



PARTE I
PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE

1. SOGGETTI DESTINATARI DEL PRESENTE PIANO

Sono tenuti al rispetto di quanto previsto dal presente Piano di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza:

- i dipendenti dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, sia con rapporto esclusivo che non esclusivo;
- personale operante presso le strutture del SSN a qualunque titolo, compresi tutti coloro che a qualunque titolo 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 consulenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi o che realizzano opere in favore dell'APSS;
- tutti i soggetti che a diverso titolo operano o accedono in Azienda;
- i soggetti che stipulano contratti o convenzioni con l'APSS.

2. COSA SI INTENDE PER CORRUZIONE E CONFLITTO DI INTERESSI

2.1 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" non contiene una definizione di corruzione che è data per presupposta.

La circolare n. 1/2013 del Dipartimento della funzione pubblica definisce tale fenomeno in modo ampio come *comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.*

Tale termine pertanto *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, emerga un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.*

In linea con la strategia delineata, sia a livello internazionale¹ che nazionale, "la corruzione consiste in comportamenti impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse personale o un interesse particolare di *terzi, assume (o concorre all'adozione di) una decisione pubblica deviando dai propri doveri d'ufficio cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli*" (PNA 2019).

¹ per la Convenzione ONU che per altre Convenzioni internazionali predisposte da organizzazioni internazionali, (es. OCSE e Consiglio d'Europa).

Più in generale, dunque la corruzione è intesa in senso ampio ed è riferita a una più vasta serie di comportamenti devianti, non solo come reati contro la P.A o *di natura corruttiva*², ma include i comportamenti contrari a quelli propri di un funzionario pubblico, fino all'assunzione di decisioni di cattiva amministrazione, cioè di **decisioni contrarie all'interesse pubblico perseguito dall'amministrazione**, in primo luogo sotto il **profilo dell'imparzialità**, ma anche sotto il **profilo del buon andamento** (funzionalità ed economicità).

2.2 DIFFERENZA TRA CONFLITTO DI INTERESSE E CORRUZIONE

Il settore sanitario può risentire della presenza di asimmetrie informative e di **conflitti di interessi**, in relazione ai rapporti che si possono creare tra professionisti e ditte/soggetti esterni.

Si definisce genericamente **conflitto di interessi** 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) 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 tipicamente 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.

La presenza di un conflitto di interessi non è fenomeno di disonestà, ma esprime **una interferenza rispetto ad una determinata azione, decisione**.

L'essere in conflitto di interessi e l'abuso effettivo della propria posizione facendo prevalere l'interesse secondario su quello primario, restano due aspetti distinti: una persona in conflitto di interessi, infatti, potrebbe non agire mai in modo improprio. Dunque **il conflitto di interessi 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.

² Nell'ordinamento penale italiano la corruzione non coincide con i soli reati più strettamente definiti come corruttivi (concussione, art. 317, corruzione impropria, art. 318, corruzione propria, art. 319, corruzione in atti giudiziari, art. 319-ter, induzione indebita a dare e promettere utilità, art. 319-quater), ma comprende anche reati relativi ad atti che la legge definisce come "*condotte di natura corruttiva*".

L'Autorità, con la propria delibera n. 215 del 2019, sia pure ai fini dell'applicazione della misura della rotazione straordinaria (di cui alla Parte III, § 1.2. "*La rotazione straordinaria*"), ha considerato come "*condotte di natura corruttiva*" tutte quelle indicate dall'art. 7 della legge n. 69 del 2015, che aggiunge ai reati prima indicati quelli di cui agli art. 319-bis, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis del codice penale (PNA 2019 pag.11).

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

Il semplice conflitto di interessi, invece, costituisce solamente la presenza di interessi confliggenti (anche solo in modo potenziale o apparente).

Il conflitto di interessi, a differenza della corruzione, è caratterizzato da una portata ben più ampia di relazioni sociali ed economiche, la maggior parte delle quali non porta a violazioni, nonostante la sua presenza possa tendenzialmente violare l'equilibrio socialmente accettabile tra l'interesse privato e i doveri e le responsabilità di perseguimento dell'interesse pubblico di un individuo.

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

3. IL PERCHÈ DI QUESTO PIANO

Il PTPCT costituisce un atto organizzativo fondamentale in cui è definita la strategia di prevenzione all'interno di ciascuna amministrazione.

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza è un documento previsto dalla L. 190/2012 in quanto rappresenta l'atto attraverso il quale sono individuate le strategie principali per la prevenzione ed il contrasto della corruzione nella accezione ampia del termine che include i fenomeni di "maladministration".

Proprio per la sua natura strategica non può essere visto come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, ma va inteso come un insieme di azioni e strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono via via affinati, modificati o sostituiti in relazione al rischio e alla risposta ottenuta dalla loro applicazione, ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno e alle indicazioni contenute nei Piani Nazionali Anticorruzione o da altri atti di indirizzo relativi a materie di competenza della Provincia autonoma di Trento.

Il presente documento rappresenta il nono aggiornamento del Piano per la Prevenzione della Corruzione e dell'attuazione della Trasparenza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento. Il primo PTPC (rev.0) è stato adottato già nel 2013 a seguito dell'entrata in vigore della L. 190/2012.

Dal 2016 il Piano aziendale per la prevenzione della corruzione è stato integrato dal Piano per l'attuazione della trasparenza, in quanto la Trasparenza rappresenta uno strumento per la prevenzione della corruzione e a seguito delle indicazioni del PNA di ottobre 2015.

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. Il piano, come tutti gli strumenti che focalizzano la propria attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta infatti una occasione di miglioramento dei processi ma anche di reputazione e fiducia.

Principi guida nella redazione del PTPC

Nella elaborazione del PTPC sin dalla prima edizione si sono sempre tenuti in considerazione alcuni principi di ordine strategico, metodologico e finalistico e che sono stati esplicitati come principi guida nel PNA 2019.

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**. A tal fine, occorre sviluppare a tutti i livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate;
- 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 risultati a rischio più elevato, così come sono introdotte nuove misure di contrasto del rischio, soltanto dopo avere considerato quelle già esistenti e solo se nuove misure sono ritenute effettivamente necessarie;
- d) *integrazione:* è assicurata una piena integrazione tra il processo di gestione del rischio corruzione e il ciclo di gestione della performance;
- e) *miglioramento e apprendimento continuo:* il processo di gestione del rischio è improntato a una logica di continuo miglioramento, grazie ai processi di apprendimento generati dal sistema di monitoraggio predisposto per verificare l'attuazione delle misure e del sistema di prevenzione nel suo complesso.

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 criteri di efficienza e efficacia complessiva dell'amministrazione, **evitando di generare oneri organizzativi inutili o ingiustificati** e privilegiando misure specifiche che agiscano sulla semplificazione delle procedure e sullo sviluppo di una cultura organizzativa basata sull'integrità.

Orizzonte del valore pubblico:

- a) La gestione del rischio deve contribuire alla generazione di valore pubblico, inteso come il miglioramento del livello di benessere delle comunità di riferimento delle pubbliche amministrazioni, mediante la riduzione del rischio di erosione del valore pubblico a seguito di fenomeni corruttivi.

4. CONTENUTO E PROCESSO DI AGGIORNAMENTO DEL PTPC

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza (PTPCT) dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento (di seguito più brevemente 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 Nazionale 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*), dei direttori di Articolazione Organizzativa fondamentale, di tutti i Direttori di Dipartimento e dei relativi Servizi, e delle strutture del Consiglio di Direzione (con i loro stretti collaboratori) nell’attività di individuazione, nell’attività 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. Per le attività maggiormente esposte al rischio e con un livello di performance alto o medio alto, sono state analizzate le cause dei possibili eventi corruttivi e individuate, con i diversi responsabili delle attività, le misure di contenimento.

L’APSS si è da sempre interfacciata e ha collaborato con le altre Istituzioni presenti sul territorio locale e nazionale (Università degli Studi di Trento, Trasparency International, Provincia Autonoma di Trento e Regioni limitrofe, FIASO, Associazione italiana per l’integrità del sistema salute AIIS) allo sviluppo di iniziative che riguardano i temi della prevenzione della corruzione, dell’etica e dell’integrità nel settore sanitario.

L’APSS, è stata tra le prime ASL-pilota (Melegnano, Bari, Siracusa), ad aderire al progetto “*Healthcare Integrity Action*” di Transparency International della durata di 36 mesi (Aprile 2015 - Marzo 2018) con il fine di implementare e testare strumenti anticorruzione innovativi e modelli organizzativi specifici per le ASL. A novembre 2020 APSS ha aderito al nuovo 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.

Timing approvazione PTPC 2022-2024:

25 marzo	Condivisione strategie e obiettivi del PTPC con DG
31 marzo	Presentazione al Consiglio di direzione e al Comitato direttivo
4 aprile	Presentazione al Nucleo di Valutazione e al Collegio sindacale
6 aprile	Pubblicazione home page sito avviso consultazione
28 aprile	Adozione PTPCT con delibera del D.G. □ pubblicazione sul sito

L’aggiornamento del Piano Triennale tiene conto dei risultati dell’attività di monitoraggio e di audit effettuata su alcune attività e del monitoraggio del PTPC svolto dai Referenti e dai singoli dirigenti delle aree a rischio, ancor di più tiene conto della particolare situazione emergenziale che sta impattando ancora sulle Aziende del sistema sanitario.

Gli organi di indirizzo aziendale vengono coinvolti nel corso dell'anno nella implementazione delle misure previste e nella identificazione e approvazione di quelle nuove. Il presente Piano prosegue nell'applicazione delle misure previste nei Piani previgenti riesaminati per tener conto dei rischi emersi nel corso dell'anno e della evoluzione dell'organizzazione nonché della situazione emergenziale da Covid 19.

I Piani precedenti sono disponibili nell'area Amministrazione trasparente dove sono presentati anche gli altri strumenti utilizzati in questo ambito.

5. IL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA DELL'APSS

Il Direttore generale, considerate le dimensioni e la complessità dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari, ha ritenuto opportuno confermare la scelta aziendale di tenere distinti i due ruoli di Responsabile per la prevenzione della corruzione (RPC) e di Responsabile per la trasparenza (RT) quest'ultimo già assegnato, con delibera del Direttore generale n. 249 dd. 20/5/2013, al dott. Armando Toniolatti, Responsabile del servizio affari generali e legali, mentre con deliberazione del Direttore Generale f.f. n. 467 di data 19 agosto 2021, è stato nominato, quale Responsabile per la prevenzione della corruzione, il dott. Andrea Maria Anselmo, Direttore amministrativo.

6. I REFERENTI AZIENDALI DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I Referenti aziendali fungono da interlocutori stabili del RPC nelle varie unità organizzative e nelle articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo, hanno il compito di affiancarlo nell'attività di gestione dei rischi, nel monitoraggio sull'attuazione delle misure e sugli obblighi di pubblicazione, nella diffusione dei documenti per la prevenzione della corruzione (es. Codice di comportamento, PTPC, ecc.), nella diffusione delle misure e obblighi in essi contenuti (es. obbligo di astensione e comunicazione dei conflitti di interesse, ecc.) nonché nelle azioni di sensibilizzazione del personale sui temi dell'etica pubblica.

In virtù del processo di sperimentazione del modello organizzativo che ha interessato l'APSS, (approvato dalla Giunta provinciale con deliberazione n. 1183 del 21/7/2017), si è reso necessario un primo aggiornamento dei Referenti del RPC individuati in relazione ai processi gestiti e nominati con la stessa delibera di approvazione del presente PTPC.

I Referenti sono indicati nella tabella seguente e saranno oggetto di ulteriore variazione a seguito della definizione del nuovo modello organizzativo in fase di implementazione, in applicazione delle direttive della Giunta provinciale di cui alla deliberazione n. 1432 del 27/08/2021.

REFERENTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	
DIRETTORI	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	DIP. PREVENZIONE
AREA CURE PRIMARIE	SERVIZIO TERRITORIALE
AREA RIABILITAZIONE	
AREA SALUTE MENTALE	
SERVIZIO PROCESSI ASSISTENZIALI TERRITORIALI	
SERVIZIO PROFESSIONI SANITARIE	SOP
DIREZIONE MEDICA DI TRENTO	
DIREZIONE MEDICA DI ROVERETO	
DIREZIONE MEDICA DI CLES	
DIREZIONE MEDICA DI CAVALESE	
DIREZIONE MEDICA DI BORGIO	
DIREZIONE MEDICA DI ARCO E TIONE	DIP. AMMINISTRATIVI
DIPARTIMENTO APPROVVIGIONAMENTI E AFFARI ECONOMICO FINANZIARI	
DIPARTIMENTO TECNOLOGIE	
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO OSPEDALIERO TERRITORIALE	
DIPARTIMENTO INFRASTRUTTURE	
DIPARTIMENTO RISORSE UMANE	STAFF CONSIGLIO DI DIREZIONE
DIPARTIMENTO DI STAFF	
DIPARTIMENTO DI GOVERNANCE	
U.O. MEDICINA LEGALE	
UFFICIO RAPPORTI CON IL PUBBLICO	
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	

Figura 1 – Referenti RPC*

*secondo il modello organizzativo di cui alla delibera GP n. 1183/2017.

I Referenti del RPC vigilano sulla corretta applicazione di quanto previsto dai Regolamenti attinenti ai rapporti con i soggetti esterni, ad es. quelli che disciplinano gli accessi da parte degli informatori scientifici/ rappresentanti di ditte esterne (farmaci, dispositivi medici e tecnici ortopedici), il Regolamento sulla formazione esterna.

7. I SOGGETTI CHIAVE

La prevenzione dei fenomeni di corruzione e di maladministration, in generale, deve riguardare ogni singolo cittadino o 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.

Il PNA stabilisce che tutti i dipendenti delle strutture coinvolte nell'attività mantengono, ciascuno, il proprio personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

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

- Il Direttore Generale:

- designa il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza e adotta il presente Piano;
- 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 PTPC.

- Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC) e il Responsabile per la Trasparenza (RT) ciascuno per la parte di propria competenza:

- il RPC e RT sono i soggetti titolari in esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) del potere di predisposizione e di proposta del PTPC all'organo di indirizzo;
- monitorano l'applicazione delle misure di prevenzione del Piano;
- il RPC supporta i servizi aziendali nella analisi di control-risk assessment e nella valutazione dei casi di potenziale conflitto di interesse, incompatibilità e inconfiribilità;
- 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 anonimato secondo quanto previsto dalla Legge e dalla Politica aziendale in materia (delibera del D.G. n.602/2020);
- il RT verifica la corretta applicazione delle misure legate alla trasparenza;
- analizza le richieste di riesame delle richieste di accesso civico;
- il RT si attiva inoltre, in caso di accertati inadempimenti rilevati nella sua attività di monitoraggio, nei confronti dei dirigenti competenti alla trasmissione dei dati richiesti dal Piano per la trasparenza: in tali casi, sentito il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e 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.

- I Referenti del RPC e del RT:

- supportano e affiancano il RPC e RT nello svolgimento dei propri compiti e nell'attività di monitoraggio delle misure;
- presidiano, diffondono e monitorano la corretta applicazione del PTPC, del Codice di comportamento, dei Regolamenti aziendali e delle misure di prevenzione della corruzione per il corretto svolgimento dei processi aziendali;
- coinvolgono i dipendenti delle loro Strutture nelle attività previste dal PTPC;
- forniscono gli elementi necessari per la valutazione dei rischi e l'aggiornamento del Piano;
- 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;
- relazionano in merito al monitoraggio effettuato sulla corretta applicazione delle misure del PTPC, del Codice di comportamento e dei documenti attinenti la prevenzione della corruzione.

- 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 Responsabile per la Trasparenza che fornisce allo stesso gli elementi conoscitivi necessari per tale adempimento;
- adotta, in caso di segnalazione da parte del RT del mancato o incompleto adempimento degli obblighi di pubblicazione, i provvedimenti che riterrà opportuni, ivi compresa la valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;
- supporta il Consiglio di direzione in relazione alle seguenti tematiche:
 - favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
 - la verifica iniziale della coerenza degli obiettivi annuali programmati delle Articolazioni organizzative aziendali con le direttive di budget aziendali;
 - la valutazione intermedia e finale sui risultati complessivi della gestione aziendale;
 - la valutazione degli obiettivi affidati ai dirigenti e l'attribuzione ad essi della retribuzione di risultato;
 - il monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema della valutazione e della trasparenza e integrità dei controlli interni;
 - la verifica della coerenza tra PTPC e obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale nonché la presenza degli obiettivi di anticorruzione e trasparenza nei documenti di misurazione e valutazione delle performance (art. 44 D.Lgs. 33/2013 e PNA 2016).

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 della corruzione e quindi legate al rischio amministrativo, contabile e di corruzione.

- I Direttori di AOF/ Dipartimento/ Servizio/ U.O. e tutti i dirigenti nonché i responsabili di ufficio e 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 RPC e dei Referenti del RPC;
- sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei Regolamenti e delle procedure aziendali, delle disposizioni del presente Piano 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 RESPONSABILITA' DEI DIRIGENTI/DIRETTORI si richiama altresì il testo innovato 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 predetti:

- *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 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 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.*

La responsabilità è di tipo dirigenziale, secondo le norme vigenti.

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 delle loro attività. Il RPCT supporta i dirigenti e riceve segnalazioni per l'aggiornamento del PTPC.

Pertanto i dirigenti hanno la responsabilità primaria nell'assicurare l'efficacia delle misure di contenimento del rischio di corruzione operando attivamente nella gestione dei rischi e controlli all'interno dei propri processi.

Tale responsabilità si sostanzia nel disegno e mantenimento di un sistema di gestione dei rischi e di controllo interno in grado di assicurare il corretto agire nel rispetto dei principi di legalità, conformità alle normative e ai regolamenti, buon andamento e imparzialità, efficienza, efficacia, corretta ed economica gestione delle risorse pubbliche, prevenzione della corruzione.

- La Commissione Procedimenti Disciplinari (UPD):

Con delibera del D.G. n. 19 del 21/1/2019 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:

- segue i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- segnala immediatamente al RPC l'apertura di procedimenti riguardanti il rischio corruzione;
- relaziona al RPC in merito allo stato dei procedimenti disciplinari o penali riguardanti violazioni del Codice di comportamento o per procedimenti penali.

- I Dipendenti e i collaboratori:

- sono coinvolti nelle attività di prevenzione di fenomeni di maladministration osservano le misure contenute nel presente Piano 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 per la Prevenzione della Corruzione e al Responsabile per la 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 nel PTPCT.

La violazione da parte dei dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (legge 190/2012, art. 1, co. 14) e vi è l'obbligo per i dirigenti di avviare i procedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti ai sensi all'art. 55-sexies, co. 3, del d.lgs. 165/2001.

- 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 del Piano.

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 e sia per garantire il miglior uso delle risorse della comunità.

8. RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE STAZIONE APPALTANTE (RASA) E SOGGETTO GESTORE PER L'ANTIRICICLAGGIO

Con il comunicato del 28 ottobre 2013, l'ANAC ha stabilito che ogni stazione appaltante è tenuta "a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato *Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)*". Successivamente, il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 ha previsto l'indicazione di tale figura nel Piano di Prevenzione della Corruzione di ogni stazione appaltante, individuandola come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

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

Con deliberazione del direttore generale n. 624/2020 il ruolo di RASA è stato attribuito al Direttore Amministrativo dell'APSS.³

Con la deliberazione del direttore generale n. 35/2020 è stato attribuito alla dott.ssa Sara Girardi, dirigente del Servizio finanza, bilancio e contabilità il ruolo di gestore per le

³ In precedenza con deliberazione del D.G. n. 80 del 2017 e con deliberazione n. 537 d.d. 17/11/2016 era stato nominato, rispettivamente RASA e gestore per le segnalazioni sospette di ipotesi di riciclaggio, il Direttore dell'Area Tecnica. Con la deliberazione del direttore generale n. 35/2020 il ruolo di RASA era poi stato attribuito al Direttore del Dipartimento Approvvigionamenti e affari economico finanziari dott. Luciano Bocchi fino a dicembre 2020.

segnalazioni sospette di ipotesi di riciclaggio, di cui al decreto del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015. Con nota rep. 19267 del 22/12/2016 è stata approvata la procedura aziendale per le segnalazioni sospette di ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo, al fine di supportare le Strutture nell'applicazione della normativa e nell'individuazione di eventuali transazioni e operazioni economico-finanziarie sospette.

9. LA STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E IL COLLEGAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCE

La formulazione della strategia nazionale di prevenzione della corruzione, indicata all'interno del Piano nazionale anticorruzione, si basa principalmente sui seguenti obiettivi:

- conseguire la riduzione delle opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Questi tre obiettivi si sviluppano a livello decentrato, in ogni pubblica amministrazione, nella individuazione e attuazione di una serie di misure obbligatorie e specifiche che per l'APSS sono indicate all'interno del Piano triennale di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza.

Gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione si sono inseriti, all'interno dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento, in un sistema di meccanismi sia di controllo interno che esterno (certificazioni di qualità) 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.

La scelta dell'Azienda 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 solo su regole e misure preventive o sanzionatorie. È importante **sviluppare atteggiamenti corretti frutto di riflessioni e convincimenti per aumentare la consapevolezza da parte dei diversi soggetti**, piuttosto che comportamenti derivati da adeguamento passivo ad una regola.

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 contribuendo in maniera attiva nella diffusione di questi valori 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.

Gli strumenti e l'approccio scelto dall'Azienda nella strategia di prevenzione della corruzione, (con particolare riferimento anche alla formazione basata su approccio normativo, etico e valoriale, alla promozione delle segnalazioni di rischi di illegalità e

irregolarità, alla gestione dei rischi), mirano a stimolare i soggetti interni ed esterni all'Azienda contribuendo così alla promozione della cultura della legalità, dell'integrità e della trasparenza.



Figura 2 – Strumenti per la prevenzione della corruzione

Le **scelte strategiche aziendali** di sviluppo del PTPC nel triennio sono:

- integrazione con gli obiettivi della programmazione aziendale;
- coinvolgimento dei soggetti interni ed esterni;
- utilizzo di un approccio sistemico basato sulla diffusione, a ogni livello, della cultura sulla gestione dei rischi e dei controlli (control risk self assessment);
- rafforzamento della trasparenza;
- rafforzamento dell'attività di prevenzione della corruzione attraverso l'utilizzo di nuovi strumenti;
- integrazione dell'approccio basato sull'analisi dei rischi con la valutazione delle performance dei processi;
- integrazione del sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione con i sistemi di controllo interno;
- incremento, mediante attività formativa, della capacità di individuare e gestire le situazioni di conflitto di interesse;
- incremento della consapevolezza da parte dei dipendenti dell'importanza di assumere comportamenti integri ed etici e del disvalore degli eventi corruttivi;
- parola chiave "non solo regole ma occasione di cambiamento" attraverso un approccio sistemico e valoriale: stimolare riflessioni e convincimenti sui corretti comportamenti da tenere (anche quelli che le norme e le regole non disciplinano), invece che solo comportamenti passivi di adeguamento alle norme. Passare dalla compliance all'understanding (comprensione) ricorrendo ai cosiddetti "controlli interni", cioè il controllo esercitato dai soggetti su se stessi, attraverso la comprensione e l'applicazione quotidiana di standard etici.

Una strategia efficace richiede l'integrazione e la coerenza del PTPC con gli obiettivi aziendali: gli obiettivi del presente Piano sono tradotti in obiettivi organizzativi e individuali assegnati ai relativi responsabili.

Tra i documenti di pianificazione e programmazione aziendale troviamo: il Piano di sviluppo strategico, il Bilancio di previsione annuale e pluriennale, il Programma di attività, i Piani di settore (ad es. delle attrezzature, della formazione, approvvigionamenti, della gestione rischio corruzione e trasparenza, ecc.), le schede di budget annuali (budget).

La stessa Legge provinciale n. 16/2010 "Tutela della salute in Provincia di Trento" stabilisce, per l'Azienda provinciale per i servizi sanitari, di "adottare e trasmettere alla Provincia il Bilancio di previsione annuale e pluriennale, con allegato il Programma annuale di Attività dell'Azienda (PdA)" che rappresenta lo strumento con il quale l'APSS stabilisce la pianificazione annuale dei propri obiettivi di attività, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria.

Con l'approvazione del programma delle attività prende avvio il ciclo annuale di gestione delle attività aziendali condotto mediante il processo di programmazione e budget.

La programmazione aziendale avviene attraverso lo sviluppo a matrice degli obiettivi aziendali suddivisi tra i processi di supporto e i processi di erogazione delle prestazioni afferenti alle tre AOF (SOP, Servizio territoriale, Dipartimento di Prevenzione).

La programmazione ed i relativi obiettivi triennali dei processi di supporto sono documentati all'interno dei 13 **Piani di Settore**:

- Strutture
- Attrezzature e tecnologie sanitarie
- Sistemi informativi
- Approvvigionamenti
- Sviluppo del personale
- Sviluppo delle competenze e delle prestazioni individuali
- Sviluppo della conoscenza
- Informazione e comunicazione
- Gestione rischio di corruzione e attuazione trasparenza
- Contenimento dei tempi di attesa
- Salute e sicurezza dei lavoratori
- Gestione della sicurezza del paziente
- Qualità ed accreditamento

Al fine di delineare un quadro complessivo delle priorità emergenti a livello strategico sono state approfondite nel Programma delle attività 2022 11 tematiche strategiche, da cui sono state elaborate delle proposte di azioni per il triennio 2022-2024, successivamente valutate dalla direzione aziendale per dare origine agli **obiettivi strategici aziendali**.

Riorganizzazione aziendale
Riorganizzazione della medicina di base
Piano nazionale di ripresa e resilienza PNRR
Scuola di medicina
Piano di attrattività
Ricerca clinica e organizzativa
Gestione Covid
Piano provinciale della prevenzione
Obiettivi PAT
Miglioramento delle performance
Reclami e suggerimenti delle associazioni

Figura 3: Tematiche strategiche aziendali

Come parte del processo di programmazione viene redatto e adottato il Programma di Sviluppo Strategico 2021-2025 e parallelamente si procede all'articolazione degli obiettivi di budget che sono declinati nelle varie articolazioni organizzative aziendali.

Per quanto riguarda i Piani di Settore, i vari responsabili (il RPC e RT con riferimento al Piano per la gestione dei rischi di corruzione e per l'attuazione della trasparenza) articolano gli obiettivi del Piano in obiettivi di budget, secondo una logica top-down che, secondo le linee di indirizzo del budget, rappresentano le priorità dell'Azienda. Pertanto nell'ambito della gestione del rischio corruzione e attuazione della trasparenza è responsabilità del RPC e del RT la declinazione degli obiettivi nelle varie articolazioni organizzative aziendali previa condivisione con il direttore generale.

Per quanto riguarda il monitoraggio sulla corretta attuazione degli obiettivi, l'Azienda ha definito i seguenti livelli:

- monitoraggio trimestrale degli obiettivi di budget da parte dell'owner del Piano di settore (ad es. RPC RT per gli obiettivi di trasparenza e prevenzione corruzione);
- monitoraggio trimestrale degli obiettivi del Piano di settore da parte dell'owner con il Consiglio di direzione;
- valutazione periodica degli obiettivi di budget da parte del Nucleo di valutazione.

Il Piano di settore "gestione rischio corruzione e attuazione della trasparenza" è parte integrante del Piano di prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza i cui obiettivi e contenuti sono indicati nel paragrafo seguente.

Trattandosi di un'Azienda sanitaria con una molteplicità di attività l'analisi dei processi prevista dal PNA 2019 ha subito un forte rallentamento a causa della pandemia e soprattutto del processo di riorganizzazione in via di nuova ed ulteriore definizione (vedi punto 6).

10. OBIETTIVI E CONTENUTI DEL PIANO DI SETTORE GESTIONE RISCHIO CORRUZIONE E ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

OBIETTIVI OPERATIVI	INDICATORI	VALORE SOGLIA 2022	VALORE SOGLIA 2023	VALORE SOGLIA 2024
Rispetto degli obblighi in materia di accesso civico	Rispetto dei termini di risposta	100%	100%	100%
Rispetto degli obblighi di pubblicazione	Grado di completezza, aggiornamento e apertura dei dati pubblicati	100%	100%	100%
Miglioramento delle modalità di pubblicazione e di comunicazione degli incarichi di consulenza e collaborazione	Attivazione di un sistema di estrazione e trasmissione dei dati dall'applicativo Peoplesoft al portale Perla.PA	50%	50%	
Riduzione del rischio di corruzione	Attuazione/ implementazione e monitoraggio delle misure previste dal PTPC e revisione delle stesse alla luce della nuova organizzazione aziendale	100%	100%	100%

Figura 4 – Obiettivi triennali del Piano

PROGETTI E ATTIVITÀ	ANNO 2022				ANNO 2023	ANNO 2024
	T1	T2	T3	T4		
Pubblicazione corretta e tempestiva dei dati previsti dalla normativa						
Attivazione di un sistema di estrazione e trasmissione dei dati dall'applicativo Peoplesoft al portale Perla.PA						
Monitoraggio e riesame delle misure del PTPC						
Supporto all'organizzazione dei corsi di formazione nell'ambito della prevenzione della corruzione e trasparenza						

Figura 5 – Contenuto del piano di settore

11. MONITORAGGIO E RIESAME DELLE MISURE del PTPC

Il monitoraggio e il riesame rappresentano delle fasi importanti 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:

- valutare il rischio;
- ottenere ulteriori informazioni per migliorare la valutazione del rischio;
- analizzare ed 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 sulla gestione dei rischi rientra tra i compiti e le responsabilità dei dirigenti e dei direttori. Questo perché chi opera all'interno del processo conosce in maniera più approfondita le diverse fasi e pertanto è in grado di meglio identificare, anticipare e prevedere dinamicamente le esposizioni di rischio e le relative misure di contenimento.

11.1 ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO 2021

Anche il 2021 è stato caratterizzato dall'emergenza Covid-19 che ha messo a dura prova il nostro Paese e in particolare il Sistema Sanitario Nazionale. La pandemia ha impattato in maniera determinante sulle attività delle Aziende sanitarie anche per il forte impegno dedicato all'attività di vaccinazione e ha richiesto il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali nella gestione della emergenza causata dalla pandemia. Il monitoraggio è stato effettuato attraverso la richiesta di relazioni sull'applicazione delle misure di prevenzione anche al fine di aggiornare il PTPC 2022.

Sono stati effettuati incontri con alcune aree (dipartimento approvvigionamenti e affari economico finanziari, dipartimento infrastrutture, dipartimento risorse umane, dipartimento amministrativo ospedaliero territoriale, dipartimento tecnologie) per la verifica della applicazione delle misure del PTPC e per il riesame/aggiornamento delle attività di competenza. Dagli incontri e dalle relazioni è emerso che le misure previste dal Piano sono state di norma applicate.

È stata svolta attività di coordinamento e di supporto alle strutture per l'implementazione di azioni migliorative e correttive rilevate durante le attività di audit.

Con la commissione nominata dal D.G. è stata svolta l'attività di valutazione della partecipazione dei professionisti come parte attiva a eventi o advisory board con incarico

conferito dalle ditte o in nome e per conto di ditte come stabilito nel Regolamento in materia di autorizzazioni allo svolgimento di attività e incarichi esterni.

È stata erogata la formazione sui temi della prevenzione della corruzione in modalità FAD1 e sarà riproposta nel 2022 per i neo assunti e per i dipendenti che non hanno fatto la formazione nel 2021. E' stata inoltre completata la progettazione della FAD2 incentrata su situazioni che potrebbero accadere e su percorsi comportamentali scelti in maniera interattiva dal discente che sarà erogata ad un campione selezionato di dipendenti a partire dal mese di aprile 2022.

Tra i risultati ottenuti dalla strategia di prevenzione della corruzione emerge la maggiore consapevolezza e sensibilità del personale dei diversi ruoli e livelli aziendali sugli aspetti di etica professionale e trasparenza, sulle questioni relative alla individuazione e gestione dei conflitti di interesse, rilevabile dalle diverse richieste di informazioni circa i comportamenti da assumere in alcune situazioni.

Una delle criticità riscontrate ed evidenziate con riferimento al settore sanitario anche dal Piano nazionale anticorruzione (delibera ANAC 831/2016), riguarda la difficoltà nell'attuazione della misura della rotazione del personale dovuta a fattori diversi (specializzazione, vincoli contrattuali, ecc.); in ogni caso le diverse riorganizzazioni aziendali hanno portato e porteranno ad una ridefinizione delle responsabilità in capo ai singoli dipartimenti/servizi tecnico amministrativi e ad una significativa rotazione dei dirigenti e direttori delle principali aree di rischio.

11.2 GESTIONE DELL'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19

Alcune delle misure adottate dall'Azienda finalizzate al contenimento e alla gestione dell'emergenza epidemiologica sono sinteticamente rappresentate nei punti che seguono.

11.2.1 Contratti pubblici in periodo Covid 19

La necessità di fronteggiare in maniera adeguata l'emergenza sanitaria ha comportato l'adozione di interventi normativi in materia, con modifiche al Codice dei contratti pubblici, mediante decretazione d'urgenza e altri strumenti straordinari, quali le ordinanze adottate dal Capo della Protezione Civile. Gli interventi in parte rivestono natura sostanziale, con deroghe e modifiche alle disposizioni in materia di contrattualistica pubblica, e in parte natura procedurale, finalizzati a perseguire esigenze di snellimento e di accelerazione più idonee a fronteggiare l'emergenza in atto rispetto alle tempistiche imposte dal ricorso alle procedure ordinarie. Con il decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito in legge 24 aprile 2020, n. 27, recante «Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID19», il Governo ha emanato disposizioni normative per «proteggere la salute dei cittadini, sostenere il sistema produttivo e salvaguardare la forza lavoro» (cfr. Relazione Illustrativa del decreto legge). Nel settore dei contratti pubblici, con il decreto legge, il Governo, al fine di snellire e velocizzare le procedure di affidamento di lavori e servizi e di acquisizione di forniture in settori ritenuti strategici nel quadro emergenziale, ha introdotto deroghe al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50,

che hanno avuto come comune denominatore la valutazione ex ante, da parte del legislatore, della sussistenza di ragioni di estrema urgenza tali da giustificare la previsione di procedure semplificate, caratterizzate dalla riduzione o totale soppressione del confronto competitivo. La decretazione d'urgenza è proseguita con successivi interventi normativi per chiudersi nel 2020 con il D.L. 16 luglio 2020 n. 76 (convertito con modificazioni con la L. 11 settembre 2020 n. 120) recante "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale" che è parimenti intervenuto sul Codice dei Contratti introducendo ulteriori misure di semplificazione degli affidamenti e delle procedure.

Nel 2021 è stato approvato, tra gli altri, il D.L. 31 maggio 2021 n. 77 (convertito con modificazioni con la L. 29 luglio 2021 n. 108), che ha portato ulteriori misure per accelerare e snellire le procedure di affidamento dei contratti pubblici.

A livello locale il legislatore provinciale è intervenuto mediante la L.P. 23 marzo 2020 n. 2 (oggetto di numerose modifiche nel corso del 2020 sino da ultimo e per quanto di interesse alla L.P. n. 30 novembre 2020 n. 13): le modifiche normative in argomento sono state tese – come già quelle a livello nazionale – a introdurre strumenti di semplificazione procedurale finalizzati ad accelerare l'iter di affidamento dei contratti pubblici in un'ottica di soddisfacimento delle esigenze di celerità di conclusione dei contratti e di ripresa dell'economia anche mediante recepimento a livello locale delle disposizioni dettate dalla decretazione d'urgenza del Governo nazionale.

Nel 2021 il legislatore provinciale è nuovamente intervenuto con ulteriori modifiche alla L.P. 23 marzo 2020 n. 2 ed alla L.P. 09 marzo 2016 n. 2 e con relative note informative.

A livello euro unitario si deve ricordare soprattutto la Comunicazione della Commissione UE recante "Orientamenti della Commissione europea sull'utilizzo del quadro in materia di appalti pubblici nella situazione di emergenza connessa alla crisi del Covid – 19" (2020/C 108 I/ 01 pubblicata in GUUE 1.4.2020 C 108171) che ha fornito indirizzi estremamente utili e precisi per l'applicazione della normativa euro unitaria in materia di appalti pubblici in periodo emergenziale.

In ogni caso, con riferimento all'APSS, le prescrizioni del Piano Anticorruzione sono state puntualmente seguite, specie in relazione alle procedure aperte e alle procedure negoziate sopra soglia.

Più in generale, anche nel corso del 2021 si è proceduto ad un esame specifico della tipologia di acquisto (di bene o servizio) da porre in gara per definire – in ragione delle esigenze di APSS ma tenendo conto anche della situazione del mercato di riferimento – la procedura da seguire e i relativi tempi in modo tale da non ostacolare il libero dispiegarsi della concorrenza fra gli operatori economici e consentendo agli stessi di prendere adeguata conoscenza delle esigenze dell'APSS per come rappresentate negli atti di gara, senza giungere ad una generalizzata restrizione dei tempi concessi per la presentazione dell'offerta e facendo precedere l'avvio della procedura di gara vera e propria da una consultazione preliminare di mercato ove necessaria in ragione della peculiarità dell'acquisto.

Si noti che – spesse volte – la repentina introduzione e modifica di novelle normative a livello sia nazionale che locale ha contribuito a creare difficoltà di orientamento alla struttura dell'APSS e soprattutto agli operatori economici che con la stessa si avvicinano: questo ha reso necessario un continuo sforzo di adattamento e aggiornamento reso ancora più complesso dalla sovrapposizione dei livelli normativi che

interessano la materia della contrattualistica pubblica nel contesto normativo in cui opera APSS.

11.2.2 Assunzioni straordinarie

La normativa d'urgenza (D.L. 17.3.2020 n. 18 convertito con modificazioni dalla Legge 24 aprile 2020 n. 27) emanata per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza Covid-19, ha previsto modalità eccezionali di reclutamento del personale sanitario, anche in deroga alle norme vigenti, quale misura straordinaria necessaria per fronteggiare le esigenze connesse all'emergenza e garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria nonché per supportare e assicurare un incremento dei posti letto per la terapia intensiva e subintensiva necessario alla cura dei pazienti affetti dal virus. In particolare, in caso di indisponibilità di graduatorie concorsuali, la normativa prevede la possibilità di conferire incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie ed agli operatori socio - sanitari, previo avviso pubblico, anche solo per titoli, con forme di pubblicità semplificata, nonché la possibilità di reclutare personale delle professioni sanitarie, O.S.S. e medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso, mediante conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa. E' stata altresì prevista la possibilità di conferire incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a dirigenti medici, veterinari e sanitari e al personale del ruolo sanitario del comparto sanità, collocati in quiescenza, anche ove non iscritti al competente albo professionale in conseguenza del collocamento a riposo, nonché agli operatori socio sanitari collocati in quiescenza. La legge 30 dicembre 2020 n. 178 ha confermato la possibilità di avvalersi delle misure di reclutamento straordinarie previste dal D.L. 18/2020 anche nell'anno 2021.

Con riferimento agli strumenti incentivanti per il personale e ai criteri di distribuzione, in sede aziendale, e in accordo con le organizzazioni sindacali, sono stati definiti i criteri di allocazione delle risorse finalizzate al riconoscimento del maggiore impegno del personale correlato all'emergenza epidemiologica COVID 19.

11.2.3 Estensione del lavoro agile (art. 2, comma 1, del DPCM 8.3.2020)

Nell'ambito delle misure di sicurezza e contenimento del virus e in un'ottica di conciliazione vita/lavoro e di prosecuzione delle attività, anche a seguito della contrazione dei servizi scolastici, sono state attivate modalità di lavoro in smartworking straordinarie. Sulla base di quanto disposto dal DPCM 8 marzo 2020 (art. 2, comma 1, lettera r), è stato possibile attivare in forma semplificata nuove postazioni di smart working, oltre a quelle già autorizzate, per i periodi considerati funzionali alle esigenze delle singole strutture e in coerenza con le indicazioni normative. Le linee guida aziendali che disciplinano l'attività in smart working sono state costantemente aggiornate - da ultimo con delibera del direttore generale f.f. n. 423/2021 - in base all'evolversi dell'epidemia e alle esigenze aziendali includendo modalità di rendicontazione dell'attività lavorativa.

11.2.4 Rimodulazione dell'attività sanitaria

L'epidemia COVID 19 ha delineato uno scenario caratterizzato da incertezza e imprevedibilità per il quale è stato necessario rivedere modelli organizzativi e modalità di lavoro. Nella prima fase pandemica è stato pertanto indispensabile non solo ricondurre strutture e risorse verso l'assistenza ai pazienti con infezione da COVID19 ma anche mettere in atto misure di contenimento dell'epidemia stessa riducendo o sospendendo gli accessi ospedalieri di utenti prenotati per prestazioni differibili o programmabili. Nel corso del periodo emergenziale anche gli interventi chirurgici sono stati sospesi e limitati a categorie prioritarie e improcrastinabili quali i pazienti oncologici e i traumi. Per far fronte alla significativa perdita di posti letto sono state messe in campo una serie di azioni volte a riorganizzare ed efficientare le strutture aziendali anche attraverso il coinvolgimento delle strutture private nella rete ospedaliera provinciale come previsto nel Programma operativo provinciale per la gestione dell'emergenza Covid-19.

11.2.5 Strutture accreditate – area sanitaria - attività di degenza

Il coinvolgimento delle strutture private nella rete ospedaliera provinciale per la gestione dell'emergenza è stato previsto nel Programma operativo per la gestione dell'emergenza Covid -19 ai sensi dell'art. 18 comma 1 del D.L. 18/2020, adottato con deliberazione della Giunta provinciale 489 del 17 aprile 2020, successivamente integrata con deliberazione G.P. 2012 del 4 dicembre 2020.

Con la determinazione n. 107 del 9 aprile 2020 del Dipartimento salute e politiche sociali sono stati attivati:

- n. 2 reparti di medicina ad indirizzo infettivologico presso la Casa di cura Solatrix;
- n. 1 reparto di medicina ad indirizzo infettivologico presso la Casa di cura Villa Bianca;
- n. 1 reparto di medicina ad indirizzo infettivologico presso l'Ospedale San Camillo;
- n. 1 reparto di medicina presso la Casa di cura Eremo;

Durante la fase pandemica le strutture sopra richiamate hanno contribuito alla gestione dell'emergenza in sinergia con le strutture ospedaliere pubbliche ricoverando, in particolare nel periodo gennaio-maggio 2021, pazienti Covid nei reparti di medicina ad indirizzo infettivo logico.

La G.P. di Trento con deliberazione n. 1848/20 ha ritenuto necessario riattivare i reparti sopra citati per l'accoglienza di pazienti Covid inviati dalle strutture ospedaliere pubbliche, definendo modalità di remunerazione ad hoc per il riconoscimento dei maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti di medicina ad indirizzo infettivologico e alla gestione dei pazienti Covid; in particolare la G.P. di Trento ha disposto:

- aumento del 30% delle tariffe di assistenza ospedaliera per acuti (da ultimo approvate con deliberazione n. 936/2012 come modificata dalla delibera GP 2961/2012) risultanti dal sistema di classificazione ICD-9-CM delle prestazioni ospedaliere Diagnosis related Groups (DRG) secondo le "Linee guida per la codifica delle SDO per i casi affetti da Malattia da Sars- COV-2" emanate dal Ministero della Salute nel marzo 2020;

- riconoscimento della tariffa giornaliera di euro 100,00 per i posti letto eventualmente non occupati.

L'attivazione dei posti letto presso le strutture accreditate è stata definita in accordo tra le strutture stesse ed il Direttore del Sop. Il monitoraggio dell'occupazione dei posti letto e l'adeguatezza nel tempo degli stessi rientra tra le competenze del SOP, in raccordo con la Direzione Generale di APSS.

Nel mese di dicembre 2020, al fine di ridurre la pressione sui reparti degli ospedali pubblici, sono stati allestiti appositi reparti post acuzie destinati ad ospitare pazienti Covid in ripresa dopo la fase acuta ma non dimissibili e pazienti Covid che necessitano di riabilitazione ospedaliera post intervento, inviati dalle unità operative dell'Azienda.

In relazione alla necessità di riconoscere i maggiori costi correlati all'allestimento del reparti in parola e alla gestione dei pazienti Covid con deliberazione G.P. 2012/2020 è stabilita una tariffa di 225,00 euro/die per ciascun paziente Covid rideterminata in 325,00 euro/pz/die qualora, in base alla scheda di invio, sia previsto un piano riabilitativo ospedaliero.

In considerazione del criterio di eleggibilità al ricovero, la tariffa di euro 225,00 è rideterminata in euro 154,00 euro/pz/die successivamente al 30° giorno di ricovero; la riduzione non è applicata in tutti i casi in cui particolari condizioni sanitarie – da accertare e riconoscere da parte dell'Azienda - giustificano la prosecuzione del ricovero nel reparto Covid.

La tariffa di euro 325,00 pz/die successivamente al 30° giorno di ricovero è rideterminata in base alla tariffa ordinaria di riabilitazione prevista per la categoria diagnostica principale (MDC) di riferimento; la riduzione non è applicata in tutti i casi in cui particolari condizioni sanitarie - da accertare e riconoscere da parte dell'Azienda - giustificano la prosecuzione del ricovero nel reparto Covid ed è necessario proseguire il trattamento riabilitativo.

Al fine della rendicontazione dell'attività è stato adeguato il flusso gps e ove possibile i relativi controlli (es. presenza diagnosi cod. 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)) o in alternativa presenza dei codici V01.79 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici V07.0 Necessità di isolamento); a decorrere dal 2 febbraio 2021 il controllo è stato adeguato alle nuove codifiche della malattia SARS-CoV-2 di cui al DECRETO 28 ottobre 2020.

I ricoveri covid sono stati oggetto di puntuale verifica da parte della commissione di vigilanza aziendale.

11.2.6 Strutture accreditate - area socio sanitaria - assistenza dei non autosufficienti

La pandemia da "Covid - 19" ha avuto anche nel corso del 2021 un rilevante riflesso sulla attività assicurata da gestori dei servizi socio sanitari erogati in regime di accreditamento con SSP e conseguentemente sui rapporti negoziali che si instaurano ordinariamente con gli stessi. Si citano al proposito i seguenti fatti che trovano riscontro anche nei principali atti provinciali di indirizzo che vengono elencati in seguito:

- ripresa degli inserimenti nelle RSA sulla base delle valutazioni UVM inclusi alcuni inserimenti di sollievo;

- occupazione effettiva dei posti letto RSA negoziati in ripresa ma ancora inferiore al massimo previsto;
- mantenimento dell'attività in presenza garantita dai servizi diurni socio sanitari (con esclusioni di quelli che non potevano garantire condizioni di sicurezza adeguate);
- attivazione di strutture residenziali territoriali con funzioni di supporto al territorio ed alla rete ospedaliera. In particolare sono stati negoziati con alcuni gestori ed in base all'andamento epidemiologico servizi di:

1. Rsa covid: strutture dedicate territoriali finalizzate ad assicurare un presidio di assistenza durante la fase della malattia e relativa convalescenza per persone positive provenienti da RSA o dal territorio;
2. Rsa temporanee a bassa e media intensità: strutture dedicate territoriali finalizzate a diminuire la pressione sulle strutture ospedaliere e fornire periodi di assistenza a persone guarite o comunque non portatori di covid in fase di dimissione ospedaliera;
3. Rsa accoglienze temporanee: accoglienza temporanea in posti letto RSA già ordinariamente negoziati, di pazienti fragili, provenienti da strutture ospedaliere o dal territorio in fase post acuta o di convalescenza;
4. Rsa accoglienze di sollievo temporaneo: accoglienza temporanea di sollievo in posti letto RSA già ordinariamente negoziati di pazienti provenienti dal territorio.

- rafforzamento di alcuni servizi accreditati per fare fronte ad una minor offerta LEA di parte aziendale dovuta alla riconversione dei servizi ospedalieri; in particolare si sono dovuti negoziare ulteriori n. 2 posti letto di Hospice cure palliative per il territorio della Valle dell'Adige per garantire una sufficiente risposta alla relativa domanda territoriale a fronte della riconversione delle funzioni precedentemente assicurate presso il presidio di Mezzolombardo;
- applicazione di criteri di finanziamento straordinari, definiti dalla Giunta Provinciale, a far tempo dal 1 gennaio 2021 per il settore delle RSA e per quello dei centri diurni anziani.

I principali atti di indirizzo sono:

- delibera G.P. n. 2625 del 22 dicembre 2020 recante "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2021 e relativo finanziamento e ulteriori disposizioni a seguito dell'emergenza Coronavirus";
- delibera G.P. n. 497 del 23 marzo 2021 recante "Residenze sanitarie territoriali di supporto al servizio sanitario provinciale (SSP) nel periodo dell'emergenza Coronavirus. Proroga delle attività e altre disposizioni";
- delibera G.P. n. 699 del 03 maggio 2021 recante "Residenze sanitarie territoriali di supporto al servizio sanitario provinciale (SSP) nel periodo dell'emergenza Coronavirus. Conversione della struttura di Volano in RSA";
- delibera G.P. n. 727 del 07 maggio 2021 recante "Residenze sanitarie territoriali di supporto al servizio sanitario provinciale (SSP) nel periodo dell'emergenza Coronavirus. Conversione del nucleo presso il presidio socio-sanitario di Ala in Cure intermedie";

- delibera G.P. n. 1028 del 30 giugno 2021 recante “Direttive Residenza Sanitarie Assistenziali per l'anno 2021 - disposizioni in merito al finanziamento”;
- delibera G.P. n. 1288 del 30 luglio 2021 recante “Direttive alle Residenza Sanitarie Assistenziali per l'anno 2021: modalità di finanziamento e altre disposizioni”;
- delibera G.P. n. 1345 del 07 agosto 2021 recante “Residenze sanitarie territoriali temporanee di supporto al servizio sanitario provinciale (SSP) nel periodo dell'emergenza Coronavirus. Proroga delle attività della Residenza San Vendemmiano e dell'ex RSA di Strigno”;
- delibera G.P. n. 1345 del 07 agosto 2021 recante “Residenze sanitarie territoriali temporanee di supporto al servizio sanitario provinciale (SSP) nel periodo dell'emergenza Coronavirus. Proroga delle attività della Residenza San Vendemmiano e dell'ex RSA di Strigno”;
- delibera G.P. n. 1468 del 03 settembre 2021 recante “Emergenza Coronavirus: riattivazione nucleo Covid presso la struttura Residenza Sacro Cuore di Bolognano di Arco”;
- nota dipartimento salute e solidarietà sociale prot apss n. 214723 del 26 novembre 2021 recante “autorizzazione alla trasformazione temporanea della struttura di Ala da Cure Intermedie a Residenza sanitaria territoriale Covid”;
- delibera G.P. n. 2266 del 22 dicembre 2020 recante “Direttive provinciali per la gestione e il finanziamento dei Centri diurni per l'anno 2021 e ulteriori disposizione in ordine a progetti in materia di demenza e iniziative a sostegno della domiciliarità - area anziani”;
- delibera G.P. n. 224 del 12 febbraio 2021 recante “L.P. 16/2010 Tutela della salute in provincia di Trento, articolo 21. Servizi socio-sanitari nell'ambito delle aree disabilità e riabilitazione, salute mentale, materno infantile ed età evolutiva, dipendenze: direttive 2021 e altre disposizioni di integrazione delle deliberazioni n. 1950/2020 e n. 2264/2020”;
- delibera G.P. n. 765 del 12 febbraio 2021 recante “L.P. 16/2010 Tutela della salute in provincia di Trento, articolo 21. Servizi socio sanitari nell'ambito delle aree disabilità e riabilitazione, salute mentale, materno infantile ed età evolutiva, dipendenze, nel corso dell'emergenza sanitaria da Covid-19, deliberazioni della Giunta provinciale n. 277 e 519 del 2020, 224/2021 e altre disposizioni”;
- delibera G.P. n. 2159 del 10 dicembre 2021 recante “L.P. 16/2010 Tutela della salute in provincia di Trento, articolo 21. Servizi socio sanitari nell'ambito delle aree disabilità e riabilitazione, salute mentale, materno infantile ed età evolutiva, dipendenze nel corso dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Disposizioni in ordine al finanziamento 2020-2021 dei servizi socio sanitari di cui alle precedenti deliberazioni n. 277/2020, 519/2020, 765/2021 e n. 224/2021”.

11.2.7 Gestione e monitoraggio delle donazioni per COVID 19

L'emergenza ha coinvolto tutte le strutture sanitarie ed evidenziato l'esigenza di reperire urgentemente dispositivi e macchinari necessari a salvaguardare la salute degli operatori sanitari e a creare in breve tempo reparti strutturati e sicuri per fornire le indispensabili cure ai pazienti.

La campagna di raccolta fondi per fronteggiare l'emergenza Covid-19 è partita il 12 marzo 2020 attraverso un conto dedicato all'emergenza coronavirus e attraverso alcune campagne di fundrasing indicate sul sito dell'APSS come unici canali di raccolta fondi

riconosciuti dall'Azienda. Sono state esplicitate le modalità di utilizzo dei fondi usati per l'acquisto di forniture e servizi (art. 99 del decreto legge 17.3.2020 n.18) per la gestione emergenza dandone rendicontazione sul sito aziendale. Inoltre per condividere l'utilizzo delle risorse raccolte e le modalità di impiego è stato costituito un comitato rappresentativo di supervisione formato dai rappresentanti della Consulta della salute, dal delegato del Vicario generale, di Confindustria, della Federazione delle Cooperative, del Centro ricerca e tutela dei consumatori, dai promotori delle campagne di raccolta fondi.

La raccolta dei fondi a sostegno dell'emergenza Coronavirus è proseguita anche nel 2021 e questa Azienda procederà, con la supervisione del Comitato rappresentativo dei donanti all'uopo istituito e del Collegio Sindacale dell'Azienda, a dare conto delle donazioni ricevute e delle spese effettuate nel rispetto dei vincoli di destinazione espressi dai donanti anche per il 2021 con le stesse modalità utilizzate per il 2020.

Attualmente le donazioni in denaro possono essere effettuate tramite la piattaforma Pago.PA alla quale si accede dal sito internet di APSS.

11.3 MONITORAGGIO DEL PTPC: RUOLI E RESPONSABILITÀ

Il Referente del RPC supporta il RPC e RT nell'attività di diffusione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione. Il Referente, al fine di verificare la corretta attuazione delle misure previste dal Piano anticorruzione e trasparenza, relaziona annualmente al Responsabile per la prevenzione della corruzione 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 per quelle nuove e fornisce 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. Il Referente indica anche le eventuali nuove misure necessarie ad incrementare l'azione preventiva dandone informazione all'RPC. L'attività di supervisione e monitoraggio del Referente si basa sul coinvolgimento e il confronto con i responsabili di servizio/U.O. interessati.

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 RPC eventuali criticità o misure più adeguate.

I REFERENTI E I DIRIGENTI concorrono con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione:

- 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 (v. paragrafo 25)
- alla comunicazione al RPC e alla proposta di modifiche ed integrazioni del Piano che si rendano necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, a

mutamenti organizzativi o istituzionali o nell'attività dell'APSS o altri eventi significativi in tal senso;

- all'attuazione, ove possibile, della misura della rotazione dei dipendenti con funzioni di responsabilità e 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;
- ad assicurare il rispetto degli obblighi di informazione nei confronti del Referente del RPC, del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza;
- 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 del PTPC e all'adozione delle misure necessarie alla concreta attivazione della responsabilità disciplinare in caso di violazione;
- a collaborare e monitorare per assicurare l'attuazione delle misure in materia di trasparenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni in materia.

Il RPC al fine di valutare la funzionalità e l'effettiva operatività delle misure effettua:

- la verifica a campione di alcune misure;
- il monitoraggio sul rispetto dei tempi di implementazione per le nuove misure;
- il monitoraggio sul rispetto degli obiettivi di prevenzione della corruzione assegnati nelle schede di budget e sulla corretta implementazione delle misure ritenute prioritarie.

Il RT monitora il rispetto degli obblighi in materia di accesso civico e il rispetto degli obblighi di pubblicazione.

La relazione annuale che il RPC e il RT redigono ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190 del 2012, sulla base dello schema tipo predisposto dall'ANAC, rendiconta circa i risultati dell'attività svolta evidenziando lo stato di attuazione delle singole azioni sulla base di quanto dichiarato dai singoli Referenti e dai responsabili dei processi.

Oltre a vigilare sull'attuazione delle misure previste, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e il Responsabile per la Trasparenza possono, 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.

12. ANALISI DELL'AMBIENTE DI RIFERIMENTO

L'analisi del contesto, interno ed esterno, ossia l'ambiente all'interno del quale l'Azienda si trova ad operare influisce sulle strategie di prevenzione della corruzione ed è quindi importante conoscerlo per misurare in modo appropriato il rischio corruttivo e individuare misure adeguate a contrastare tali rischi.

Per un approfondimento dell'analisi, anche con riferimento alla situazione derivante dall'emergenza Covid 19, si rinvia all'allegato A) al presente PTPC.

13. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Con il coinvolgimento dei direttori, dei dirigenti e dei funzionari gestori delle attività all'interno dei processi, sin dal 2013, sono stati effettuati dal RPC degli incontri (focus group), sia per fornire informazioni sulla nuova normativa anticorruzione e sia per effettuare analisi e valutazioni in merito al livello di esposizione al rischio di corruzione cercando di individuare le cause dei potenziali eventi corruttivi, per quelli a maggior rischio, per poi valutare l'adeguatezza delle misure in essere o per individuare nuove misure da implementare per contenere il rischio. 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.

Per "guidare" una organizzazione, è necessario per la Direzione avere il governo delle performance e anche dei rischi.

Gestione per processi	Rischio sui processi
È ciò che accade	Ciò che potrebbe accadere (evento negativo)
È certo e le evidenze sostengono l'oggettività di valutazione dell'accaduto	È possibile e le evidenze sostengono l'oggettività della valutazione del rischio
L'oggetto è il funzionamento del processo verso il suoi fine (concetto di efficacia e di efficienza)	L'oggetto è ciò che potrebbe pregiudicare il funzionamento del processo

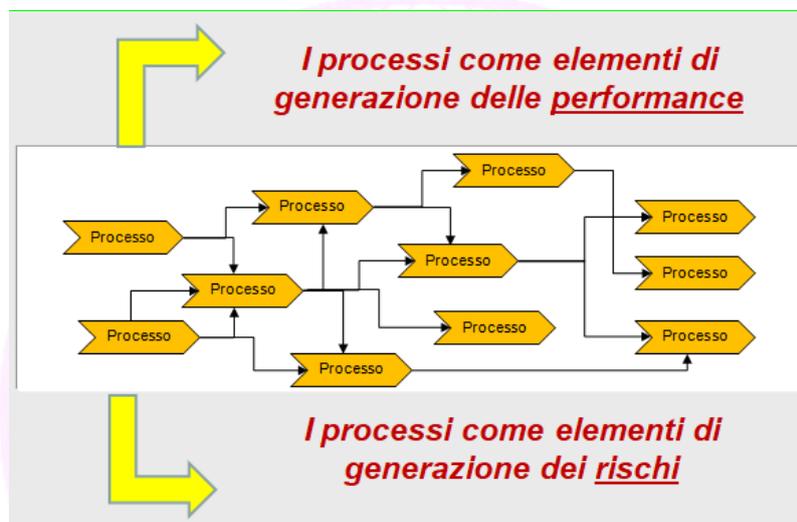


Figura 6 – gestione dei rischi e delle performance

Durante l'analisi dei processi per la **riduzione dei rischi** è infatti necessario individuare anche gli strumenti di **miglioramento e snellimento dei processi** attraverso una **gestione consapevole** delle fasi del processo (**rischi e performance**).

I dirigenti devono avere conoscenza dei rischi ed essere responsabilizzati sulla **gestione dei rischi** e sul raggiungimento delle **performance in termini di efficacia ed efficienza**.

Il **Processo di gestione del rischio** è rappresentato e descritto nella figura successiva (fig. 7)

In una logica di processo le **PERSONE** sono i protagonisti del miglioramento, dunque la metodologia seguita è quella del *Control Risk Self Assessment* (CRSA) già utilizzata in Azienda e per la quale erano stati effettuati dei corsi di formazione.

Tale metodologia focalizza l'attenzione sull'autovalutazione dei rischi e dei controlli da parte del management operativo con il supporto di un tutore/facilitatore metodologico (l'auditor e il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione RPC).

Secondo la definizione fornita dall'IIA (Institute of Internal Auditors) il CRSA consiste in un "*approccio di team, strutturato, analitico e facilitato, che utilizza le competenza degli esperti, usa l'anonimato per far emergere la verità relativamente al conseguimento degli obiettivi, identifica le cause di fondo dei rischi e delle debolezze delle misure e fornisce indicazioni quantificate per la presa di decisioni e lo sviluppo di miglioramenti*".

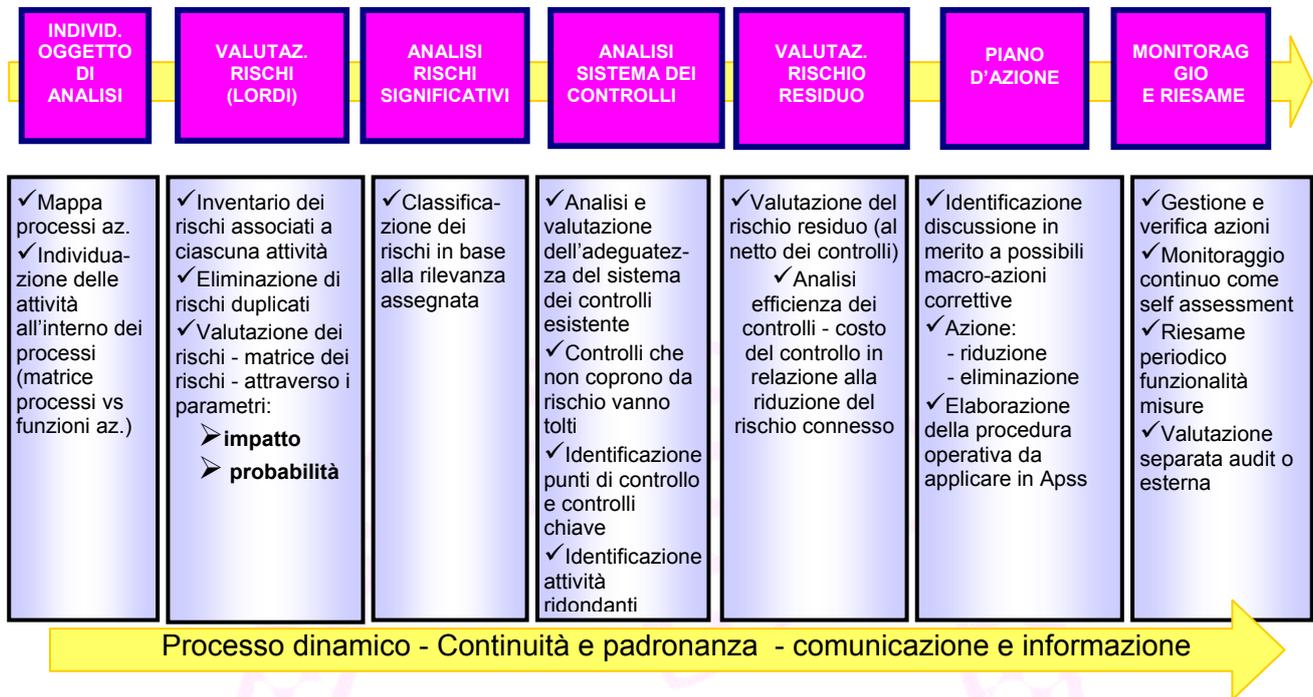


Figura 7 - PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO – lo sviluppo operativo

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 svolte nel 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 DELLA PROBABILITA'		
Attività a bassa discrezionalità: processo vincolato da leggi o da atti amministrativi	Attività a media discrezionalità: processo parzialmente vincolato	Attività ad alta discrezionalità: assenza di vincoli
Elevato grado di pubblicità degli atti procedurali	Medio grado di pubblicità	Ridotta pubblicità
Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone (collegiale)	Potere decisionale in capo a poche persone	Potere decisionale in capo a singole persone (monocratico)
Non vi sono precedenti storici in Azienda di fatti corruttivi		Vi sono diversi precedenti storici in Azienda di fatti corruttivi (sentenze CdC o di risarcimento danni)
Controlli/approvazioni eseguite da personale indipendente o esterno	Controlli/approvazioni eseguite da personale interno	Controlli/approvazioni non eseguite
Processo semplice	Processo poco complesso	Processo molto complesso
Procedure buone e soggette a verifica nell'applicazione	Procedure e metodi sufficienti	Procedure inesistenti o obsolete
Attività non è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili		Attività oggetto di eventi corruttivi in realtà simili
Separazione dei compiti o funzioni		Nessuna separazione di compiti o funzioni

VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'	
VALORE	descrizione
BASSO	Inverificabile
MEDIO BASSO	Improbabile
MEDIO	remoto
MEDIO ALTO	possibile
ALTO	altamente probabile

VALUTAZIONE DELLA GRAVITA'		
VALORE	descrizione	note di valutazione
BASSO	Impatto poco significativo	nessun effetto significativo sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiori costi
MEDIO BASSO	Impatto miniore rilevanza	impatto sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiori costi per un valore < 50.000 euro
MEDIO	Impatto di media rilevanza	impatto sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiori costi per un valore < 100.000 euro
MEDIO ALTO	impatto rilevante	impatto sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiori costi per un valore < 500.000 euro
ALTO	impatto molto rilevante	impatto sull'immagine aziendale, mancate entrate e/o maggiori costi per un valore > 500.000 euro

Il risultato di tale processo di autovalutazione con i responsabili e loro collaboratori, ha portato ad un elenco di attività indicate nelle tabelle allegate al presente Piano riepilogate per Area e con una valutazione del rischio medio o alto nonché quelle che pur avendo rischio basso sono attività riportate nel PNA. Nella tabella B) 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.

Inoltre nella parte descrittiva del PTPC sono indicate in maniera più puntuale, per le aree a maggiore rischio, le modalità di gestione, organizzazione delle attività e i risultati, in relazione anche al rischio corruzione.

Le misure operative o da adottare sono individuate dai direttori/dirigenti gestori dei processi in relazione alle risorse, all'organizzazione, **al contesto di riferimento** e che permettono di ridurre il rischio entro un livello **ritenuto idoneo**.

Durante la fase emergenziale si è comunque tenuto conto dei maggiori rischi connessi al mutato contesto esterno e interno soprattutto con riferimento ad alcune attività legate alla gestione dell'emergenza Covid 19 e che trovano anche presupposti autorizzativi e fondamento giuridico in atti normativi.

14. AREE DI RISCHIO

L'APSS già nel PTPC del 2013 aveva considerato sia le aree di rischio obbligatorie stabilite dalla L. 190/2012 e aveva individuato quelle ulteriori introdotte con l'aggiornamento PNA 2015 e successivo.

L'attività di analisi si è dunque concentrata soprattutto su questi processi.

Le aree di rischio individuate dalla Legge e dall'aggiornamento 2015 del PNA sono distinte in aree generali e aree specifiche e sono le seguenti:

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 (da aggiornamento PNA 2015):

- 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 (da aggiornamento PNA 2015):

- 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 rimborsi agli assistiti

Le risultanze delle valutazioni effettuate per ciascuna area con le misure di prevenzione sono riportate nella Allegato B) e nella Allegato C) per le attività dei Servizi Veterinari.

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

15. AREE DI RISCHIO SPECIFICHE PER IL SETTORE SANITARIO

15.1 ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE D'ATTESA

Considerato che lo svolgimento dell'attività libero professionale e la gestione delle liste d'attesa sono considerate aree ad elevato rischio di corruzione, in APSS si applica quanto previsto dall'**Atto aziendale in materia di libera professione intramuraria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario e degli specialisti convenzionati interni**, (Delibera n. 1456/2003 e ss.mm da ultimo con la Delibera n. 651/2019) e dalle **Linee guida aziendali della libera professione intramuraria dei dirigenti dipendenti del ruolo sanitario e degli specialisti convenzionati interni**.

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 il sistema dei raggruppamenti di attesa omogenei RAO (RAO A entro 3 giorni, RAO B entro 10 giorni e RAO C entro 30 giorni)⁴, le prestazioni vengono prenotate secondo classi di priorità.

L'Azienda ha istituito la predetta 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, che 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 libero professionale intramuraria con le finalità e le attività istituzionali;

⁴ Il metodo RAO è applicato in provincia di Trento dal 2003. I tempi massimi di attesa sono in linea con quelli previsti dal successivo Decreto interministeriale 17.3.2008 (paragrafo 3.1.4.8), aggiornati dal PNGLA 2019-2021 e poi recepiti con le modifiche previste dalla norma cogente dalla Provincia Autonoma di Trento.

- l'equilibrio fra attività istituzionale ed attività libero professionale con particolare riferimento all'eseguito, sia delle prime visite che delle visite di controllo.

Il Piano Provinciale per il contenimento dei tempi di attesa 2019-2021, che ha recepito il Piano nazionale, prevede che in 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. Pertanto, la predetta Commissione, nella seduta del 27.11.2019, ha stabilito che, in presenza di criticità sui tempi di attesa, il Presidente della Consulta per la salute, o un suo delegato, potrà partecipare alla riunione della Commissione.

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

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

- il divieto di autorizzare l'esercizio della libera professione in coincidenza con turni di pronta disponibilità e di guardia. Nel caso di sovrapposizione con il turno di pronta disponibilità verrà recuperata la quota economica di pronta disponibilità per la parte riferita alla fascia oraria della libera professione autorizzata;
- nello svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia non è consentito l'uso del ricettario del Servizio sanitario nazionale e dei codici di priorità;
- il divieto di autorizzare l'esercizio della libera professione nel caso di sospensione dell'attività istituzionale o in presenza di liste "chiuse" dell'U.O. (art. 4);
- la corretta applicazione di quanto prescritto in tali documenti rappresenta una buona misura per la prevenzione della corruzione, anche in considerazione del fatto che, come specificato nel verbale della Commissione di promozione e verifica della libera professione del 29.11.2021, l'attività resa in libera professione costituisce il 1,86% del totale dell'attività (LP + istituzionale), il 5,40% se si escludono le prestazioni di Patologia Clinica e Microbiologia e virologia.

15.1.1 Prestazioni di specialistica ambulatoriale

L'accesso alle prestazioni specialistiche, sia in regime istituzionale sia in libera professione, avviene tramite prenotazione al Centro Unico di Prenotazione (CUP) (in gran parte Call Center telefonico, sportelli dislocati presso le diverse strutture, ambulatori e segreterie dei reparti, via web) ove sono depositate specifiche griglie che consentono la prenotazione di visite ed esami specialistici. Il CUP prenota le prestazioni secondo classi di priorità, definite dal metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea), qualora il medico prescrittore lo richieda nella ricetta.

A seguito della pandemia Covid-19 da marzo 2020 gli sportelli di front-office per la prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale così come i punti cassa sono stati chiusi.

La distribuzione delle prestazioni nelle varie sedi di erogazione, pubbliche e private convenzionate, ospedaliere e territoriali, distribuite 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.

Per garantire trasparenza e tracciabilità di quanto erogato, anche le prestazioni in libera professione devono essere prenotate e devono transitare dal CUP.

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. Nel corso del 2020 e del 2021 il programma di estensione della piattaforma di integrazione SIO-CUP-Casse (Sistema Informativo Ospedaliero - CUP - Sistema informativo delle casse) che consente di monitorare in modo automatizzato le prestazioni prenotate, erogate e pagate nell'ambito della specialistica ambulatoriale, ha subito un rallentamento a seguito di ricadute organizzative dell'emergenza sanitaria COVID19.

Nella Figura 9a sono riportate le prestazioni prenotate annualmente tramite CUP dal 2017 al 2021.

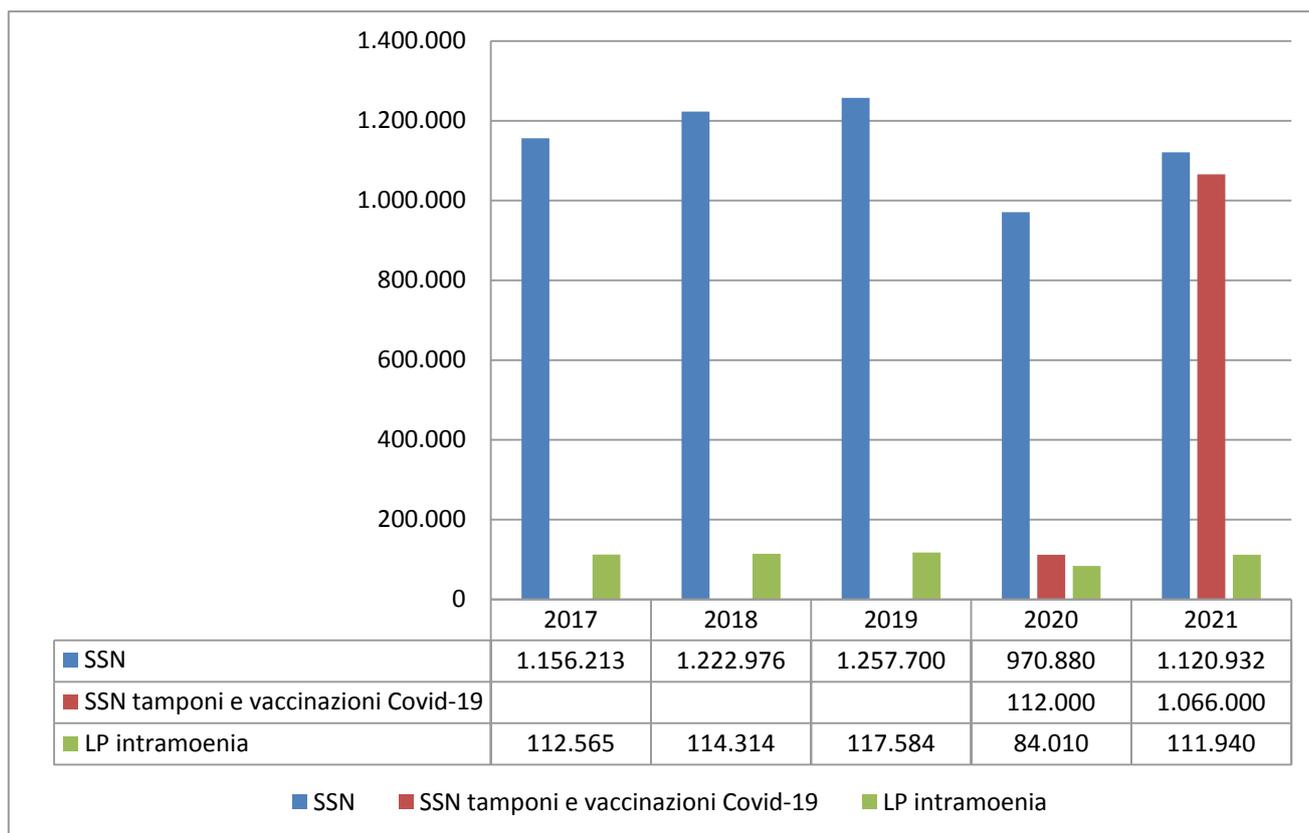


Figura 9a - Numero totale di prenotazioni CUP anni 2017-2021

Fonte: Qlik Prestazioni prenotate - totale prenotazioni SSN e libera professione intramoenia

Si osserva, nel biennio 2018-2019, un incremento annuo, rispetto all'anno precedente, del numero di prestazioni prenotate, tendenza simile a quanto osservato negli anni precedenti. Si osserva inoltre che la percentuale annua di prestazioni in regime istituzionale è cresciuta del 6% tra il 2017 e il 2018 e del 3% tra il 2018 e il 2019, mentre la crescita annua delle prestazioni in regime libero professionale è cresciuta del 2% e del 3% rispettivamente.

Nelle successive valutazioni verranno escluse le prenotazioni, rappresentate in valori assoluti nella Figura 9a, di tamponi e di vaccinazioni Covid-19.

Tra il 2019 e il 2020, a seguito della pandemia, si è verificata una rilevante riduzione, sia a carico delle prestazioni in regime istituzionale (-286.820) sia a carico delle prestazioni

in regime istituzionale (-33.574). Tale riduzione delle prestazioni prenotate è anche correlata alla riduzione della prescrizione di prestazioni specialistiche ambulatoriali. Nel corso del 2021, rispetto al 2020, c'è stato un recupero di prestazioni prenotate sia in regime istituzionale (+ 150.052) sia in regime libero professionale (+ 27.930). In valori percentuali, rispetto all'anno 2019 preso come riferimento, si osserva una riduzione, sebbene in decrescita, nel 2020 e nel 2021 (Figura 9b).

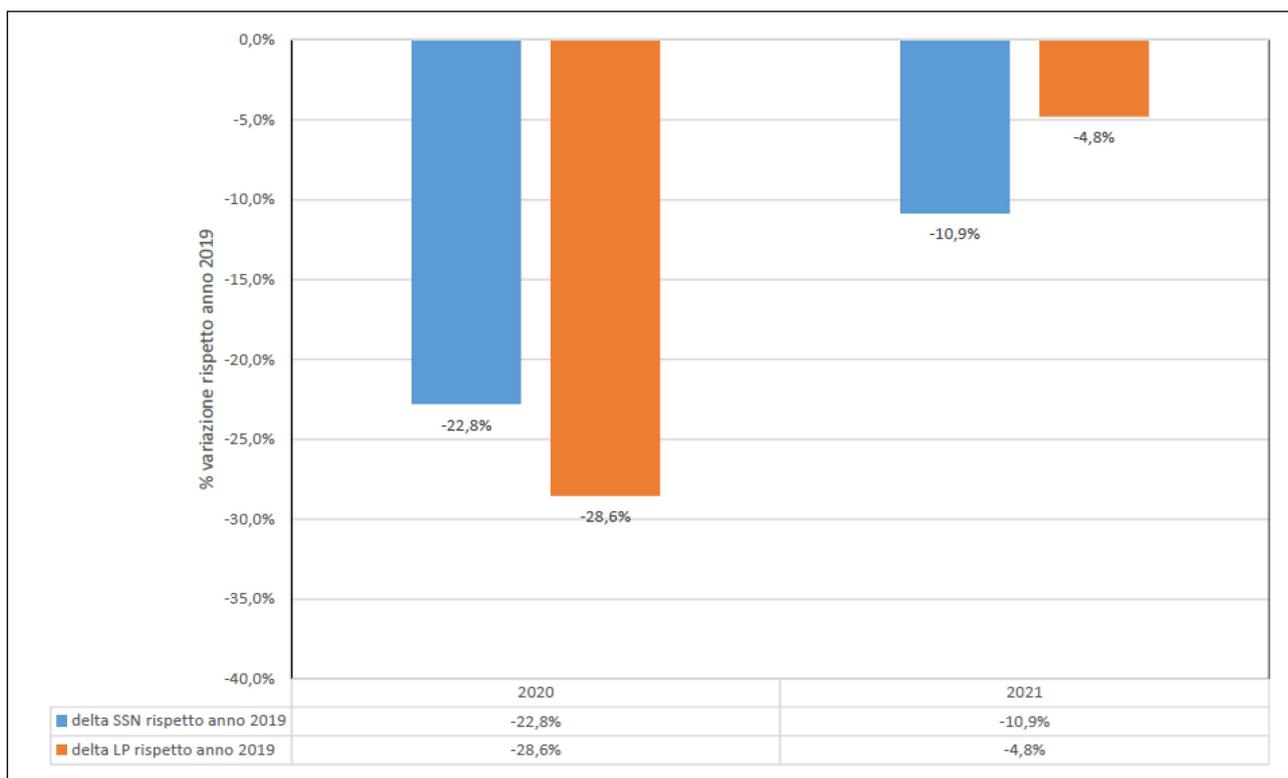


Figura 9b - Percentuale di variazione delle prestazioni prenotate nel 2020 e 2021, in regime istituzionale e in libera professione, rispetto all'anno 2019.
Fonte: Qlik Prestazioni prenotate - totale prenotazioni SSN e libera professione intramoenia (Aggiornamento al 26 dicembre 2021)

La rete provinciale di offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali comprende strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari (7 ospedali, che erogano prestazioni specialistiche sia per pazienti esterni sia per pazienti interni, 20 poliambulatori e 11 consultori territoriali) e strutture private accreditate (9 strutture convenzionate per attività specialistica ambulatoriale e 24 studi/ambulatori convenzionati per l'erogazione di prestazioni odontoiatriche).

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 elevata tecnologia.

Nella Figura 10, che considera solamente le prenotazioni degli utenti che accettano il primo posto libero, si riportano alcuni indicatori riferiti ai tempi di attesa di tutte le prestazioni prenotate nel corso del 2021.

Classi di Priorità	N° Prenotazioni	TdA medio (giorni)	TdA mediana (giorni)	TdA 75° percentile (giorni)	TdA 90° percentile (giorni)
A	15.763	2	1	2	4
B	78.422	7	5	8	16
C	85.240	17	15	25	33
E+NPR *	1.031.670	19	8	22	37
TOTALE 2021	1.211.095				

* = comprese circa 380.000 prenotazioni NPR per tamponi e vaccinazioni Covid-19

Figura 10 - Numero assoluto di prenotazioni e tempi di attesa per codice RAO - anno 2021 (utenti che hanno accettato il primo posto libero) *Fonte: Qlik "CUP_Prestazioni Prenotate" - prenotazioni su primo posto libero (Aggiornamento al 28 febbraio 2022)*

Appare evidente come, nel corso del 2020 e del 2021, a seguito della pandemia, vi sia stata una rilevante alterazione dell'andamento delle prenotazioni sia in regime istituzionale sia in regime libero professionale. Anche i tempi di attesa, complessivamente considerati, per le classi ad elevata priorità (RAO A, B, C) hanno subito un incremento che non si è mai osservato negli anni precedenti, soprattutto a seguito dell'accumulo di utenti nel corso della prima fase del lock down (fra marzo e maggio 2020). Nel corso degli ultimi mesi del 2020 e nei primi mesi del 2021, a seguito della riattivazione dell'offerta, si è riusciti a garantire la prenotazione della gran parte degli utenti in attesa di appuntamento, tuttavia con un inevitabile ritardo sui livelli di garanzia. A partire dal maggio 2021 è stato osservato un incremento della domanda di prestazioni, inusuale rispetto agli anni precedenti alla pandemia, che si è mantenuto nel corso dell'estate ed a cui si è aggiunta la crescita usuale della domanda del periodo autunnale. Nell'insieme, tale rilevante incremento della domanda, associato ad un aumento della richiesta di prestazioni con priorità RAO B e RAO C, ha ridotto, nel secondo semestre del 2021, le percentuali dei livelli di garanzia previsti dal Piano provinciale per il governo delle liste di attesa 2019-2021.

15.1.2 Sistema RAO e sistema unico di prenotazione

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari, per dare coerenza agli accessi sulla base dei bisogni di salute, è stata la prima Azienda sanitaria di ambito provinciale ad introdurre nell'accessibilità alle prestazioni specialistiche ambulatoriali il metodo RAO (Raggruppamenti di Attesa Omogenea) che individua tre classi di priorità: RAO A, massimo tre giorni di attesa, RAO B massimo 10 giorni e RAO C entro 30 giorni. Il metodo RAO è stato utilizzato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari per la stesura del Manuale RAO nazionale, con la collaborazione di società scientifiche, rappresentanti regionali, istituzioni centrali e Cittadinanzattiva, che è stato recepito dal Ministero della Salute ed approvato, nella versione aggiornata, dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 16 dicembre 2020.

Il prescrittore individua, sulla base di un linguaggio comune e di parole chiave, indicate all'interno del Manuale RAO, le prestazioni e le condizioni cliniche per assegnare una classe di priorità.

Al momento della prenotazione, che avviene tramite il sistema unico centralizzato di prenotazione, l'appuntamento viene dato non sulla base della cronologia di chiamata ed in relazione al RAO indicato sulla prescrizione.

Altro strumento importante del sistema CUP provinciale è rappresentato dall'avere un'unica modalità di accesso alle prenotazioni, sia per le prestazioni in regime istituzionale che in libera professione, con modalità multicanale (telefono, sportello, on-line), garantendo tuttavia percorsi separati di scelta fra i due regimi. I vantaggi di un unico sistema informatico di prenotazione sono:

- i) la trasparenza dei tempi di attesa delle prestazioni erogate nelle varie strutture APSS e convenzionate
- ii) la possibilità di scelta della struttura
- iii) 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.

15.1.3 Piattaforme assistenziali

Il Regolamento di organizzazione aziendale ha previsto, all'art. 24, lo sviluppo delle Piattaforme assistenziali, intese come strutture organizzative articolate in nuclei omogenei per funzioni e tipologie di servizio. Sono strutture trasversali alle Aree e rappresentano la modalità organizzativa dei servizi a supporto delle attività clinico assistenziali.

È stata sviluppata la Piattaforma sale operatorie interventistiche e la Piattaforma ambulatori e servizi. È stato riconosciuto essere di fondamentale importanza approfondire l'individuazione di modelli organizzativi che favoriscano l'integrazione ospedale – territorio.

a) Progetto di implementazione della piattaforma delle sale operatorie

Con delibera del D.G. n. 622 del 27/12/2018 è stato avviato il progetto di implementazione della piattaforma sale operatorie.

La funzione "Programmazione delle sale operatorie" è stata avviata negli ospedali di Trento e di Rovereto, in qualità di ospedali hub, con due responsabili distinti, entrambi afferenti direttamente al Direttore del SOP. La funzione relativa all'ambito territoriale di Trento comprende anche gli ospedali spoke di Cavalese, Cles e Borgo; mentre la funzione relativa all'ambito territoriale di Rovereto comprende gli ospedali spoke di Arco e Tione.

Tale progetto è agganciato allo stesso progetto coordinato dal Ministero della Salute con il patrocinio della PAT e della stessa APSS.

Il progetto di analisi sullo sviluppo della piattaforma Sale Operatorie, ha portato ad una proposta di riprogettazione da parte del Gruppo di lavoro che ha lo scopo di coordinare e uniformare il ciclo di prenotazione e programmazione chirurgica, di assecondare le vocazioni degli ospedali hub e spoke, di ottimizzare l'utilizzo dei blocchi operatori (possibilità di spostare interventi in day surgery e chirurgia ambulatoriale, liberando spazio per l'alta complessità e specializzazione) e di gestire

in modo trasparente le liste d'attesa. Lo sviluppo operativo prevede che tutte le proposte di intervento programmato/oncologico siano inserite in una lista di attesa in SIO (sistema informativo ospedaliero) con tutta una serie di informazioni legate ai codici di priorità, regime di ricovero, intervento proposto, ecc., l'utilizzo del calendario operatorio SIO, l'attivazione del Nucleo operativo della piattaforma con un Centro di prenotazione chirurgico che verifica le proposte di intervento inserite in SIO in relazione anche alla priorità.

b) Progetto di implementazione del nuovo modello organizzativo per l'integrazione ospedale - territorio

Con delibera del D.G. n. 621 del 27/12/2018 è stato avviato il progetto di Integrazione ospedale – territorio in particolare il gruppo di lavoro ha definito un progetto di massima per l'implementazione del nuovo modello organizzativo per il governo delle transizioni collegate alle dimissioni, con particolare riferimento alla gestione unitaria di tutte le risorse territoriali (Assistenza Domiciliare, Lungodegenze, Hospice, ecc.); ha inoltre elaborato una serie di proposte per favorire l'integrazione territorio – ospedale – territorio ed altre significative innovazioni organizzative che verranno progressivamente implementate (legate in particolare alla figura dell'infermiere di comunità).

15.2 RAPPORTI CONVENZIONALI CON STRUTTURE/PROFESSIONISTI PRIVATI ACCREDITATI, ASSOCIAZIONI VOLONTARIATO TRASPORTO INFERMI, DONATORI 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:

- a) 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. 2110/2020) 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. 1848/2020, n. 1912/2020 e n. 2012/2020 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.).
- b) informatico, mediante il processo dei dati SDO dei ricoveri tramite il sistema aziendale MOS (Struttura convenzionata --> Servizio Sistemi Informativi --> 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 in appropriatezza.

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 e 1338/2018.

Vengono effettuate 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**, abbiamo 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 della G.P. n. 2110/2020 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 colonscopie);
- B)** controlli 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);
- C)** verifica sull'osservanza delle regole negoziali da parte degli erogatori, mediante controlli sull'elaborazione dati, monitoraggio dell'andamento della spesa, rispetto dei limiti finanziari mediante gestione aziendale esclusiva e mensile della contabilità, con impostazione a sistema gestionale dei limiti di budget, tariffe, quantità e volumi di attività negoziata.

Relativamente **all'assistenza termale** in stabilimenti convenzionati, come da delibera D.G. n. 767 del 23.06.2004, si segnalano i seguenti strumenti di controllo: gestione aziendale esclusiva e mensile della contabilità, con impostazione a sistema gestionale dei limiti di budget, tariffe, quantità e volumi di attività negoziata; assegnazione di budget di spesa come sopra definiti, monitoraggio mensile del rispetto dei limiti/vincoli/parametri previsti nei singoli accordi annuali che definiscono il budget massimo di spesa, anche attraverso sistemi informatici che, recependo i vincoli/parametri definiti negli accordi medesimi, ne controllano automaticamente la correttezza

Per quanto riguarda **l'assistenza dei non autosufficienti** presso le R.S.A. convenzionate, come da direttive provinciali definite annualmente dalla G.P. (da ultimo delibera G.P. n. 2265 del 22.12.2020 e ss. mm. ii.), gli strumenti di controllo prevedono:

- remunerazione in base a budget annuali prestabiliti massimi 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;
- verifiche di andamento della spesa con relazione al primo semestre ed ai nove mesi di attività oltre che a fine esercizio.

Per quanto riguarda **l'assistenza in centri diurni anziani** operanti in regime di accreditamento con il SSP (da ultimo delibera G.P. n. 2266 del 22.12.2020) gli strumenti di controllo prevedono:

- remunerazione in base a budget annuali prestabiliti massimi;
- 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 ed 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 quanto riguarda **l'assistenza in strutture socio sanitarie** di natura residenziale o semiresidenziale operanti in regime di accreditamento con il SSP (da ultimo delibera G.P. n. 224 del 12.02.2021 e ss. mm. ii.) gli strumenti di controllo prevedono:

- a. remunerazione in base a budget annuali prestabiliti massimi per ogni struttura;
- b. 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;
- c. pagamento mensile fino al limite massimo previsto dal budget massimo annuale;
- d. verifiche di andamento della spesa con relazione al primo semestre ed ai nove mesi di attività oltre che a fine esercizio.

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 controlli:

- 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 le tariffe prestazionali vigenti, verifiche automatiche sulla maggior parte delle limitazioni previste dalle direttive e dal Nomenclatore Tariffario e in alcuni casi segnalazioni circa la necessità di ulteriori approfondimenti con le strutture private;
- c) di merito, con verifiche campionarie di alcuni piani di cura di alcune strutture, a cura di apposita Commissione aziendale (istituita con delibera DG 572/201, da ultimo modificata con delibera D.G. 135/2017); 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 **Associazioni di volontariato per il trasporto infermi**, l'art. 23 comma 4 della legge provinciale 23 luglio 2010, n. 16 prevede che l'Azienda provinciale per i servizi sanitari (APSS) possa stipulare convenzioni con le associazioni di volontariato aventi a oggetto prestazioni a favore del servizio sanitario provinciale; in virtù di tale previsione normativa in provincia di Trento le attività di soccorso e trasporto sanitario sono garantite, nell'ambito del SSP, sia mediante l'impiego di personale e di mezzi dell'APSS, sia attraverso le prestazioni rese da associazioni di volontariato iscritte in apposito albo provinciale.

Con delibera PAT n. 1699 del 30.09.2016, successivamente integrata con deliberazione G.P. n. 1911 di data 20.11.2020, è stato approvato lo schema di convenzione, relativo al periodo 1 ottobre 2016 – 31 dicembre 2021, che disciplina i rapporti fra l'APSS e le associazioni di volontariato per l'attività di soccorso, trasporto sanitario e attività correlate effettuate nell'ambito del servizio sanitario provinciale, stabilendo le tariffe di rimborso per l'attività prestata. Attualmente risulta in corso di definizione il nuovo schema di convenzione.

Al riguardo per l'attività di trasporto sanitario effettuata in regime di convenzione sono previsti :

- controlli mensili: le associazioni rendicontano l'attività svolta nel corso del mese precedente con tavole riassuntive, su schemi uniformi predisposti dall'Azienda, corredati dalle schede - in originale - dei singoli viaggi e prestazioni. Il pagamento delle spettanze mensili viene effettuato previo controllo, in conformità con quanto stabilito dall'accordo convenzionale per tipologia di servizio e per remunerazione. Si verificano anche dei trasporti aggiuntivi richiesti dalla centrale operativa di "Trentino emergenza 118.
- verifiche annuali sull'andamento della spesa.

Relativamente ai rapporti con le **Associazioni dei donatori di sangue**, con del. G.P. 1760 del 7/10/2016 è stato recepito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province

autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 6, comma 1, lettera b) della legge 21 ottobre 2005, n. 219, rep. atti. n. 61/CSR del 14 aprile 2016 concernente la Revisione e aggiornamento dell'Accordo Stato-Regioni 20 marzo 2008 relativo alla stipula di 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. Secondo quanto previsto dall'accordo, possono stipulare la convenzione le Associazioni e Federazioni dei donatori volontari di sangue i cui statuti corrispondano alle finalità previste dal decreto ministeriale 18 aprile 2007 e siano iscritte al registro provinciale del volontariato di cui alla legge provinciale 13 febbraio 1992, n. 8.

Al riguardo 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 donazione.

15.3 FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE, RICERCA, SPERIMENTAZIONE, SPONSORIZZAZIONE

15.3.1 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.

Invece l'assistenza farmaceutica aggiuntiva 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 (fig. 11) riportato sono rappresentate le modalità con cui viene assicurata ai cittadini l'erogazione dell'assistenza farmaceutica.

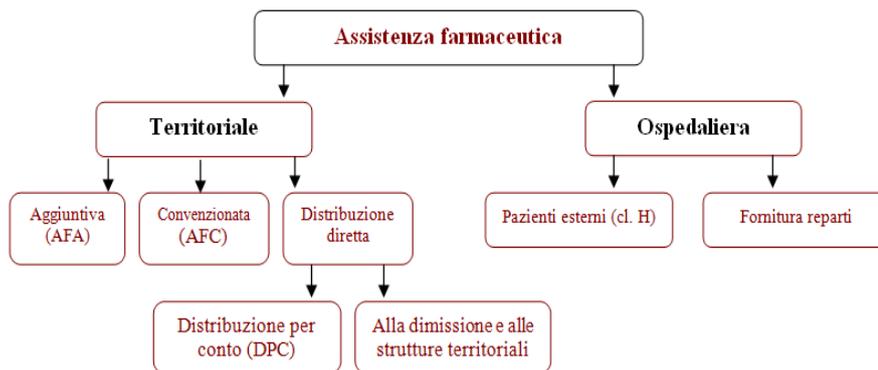


Figura 11 – Modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica

A partire dal 2017, senza modificare il tetto massimo di spesa pari al 14,85% del FSN, sono state riviste le modalità di calcolo della spesa farmaceutica, ridenominati i tetti e ridistribuite le rispettive percentuali di finanziamento.

Pertanto, nel tetto ridenominato "spesa farmaceutica per acquisti diretti", pari al 6,89% del FSN, sono stati ricompresi i consumi interni ospedalieri e quelli della distribuzione diretta e "per conto", mentre in quello della "spesa farmaceutica convenzionata", (7,96% del FSN), i consumi derivanti dalla distribuzione dei farmaci da parte delle farmacie convenzionate pubbliche e private del territorio.

Nel 2020, la Provincia autonoma di Trento (PAT) rimanendo sempre all'interno del tetto di spesa complessivo, ha rispettato il tetto della spesa farmaceutica convenzionata, ma ha superato, come per tutte le altre regioni, quello degli acquisti diretti (vedi grafico).

La spesa farmaceutica convenzionata ha assorbito il 5,82% del tetto programmato collocandosi ben al di sotto della media Italia del 6,64%, mentre quella per gli acquisti diretti con un valore del 7,83% è risultata la terza più bassa e al di sotto della media Italia (9,01%) di oltre un punto percentuale.

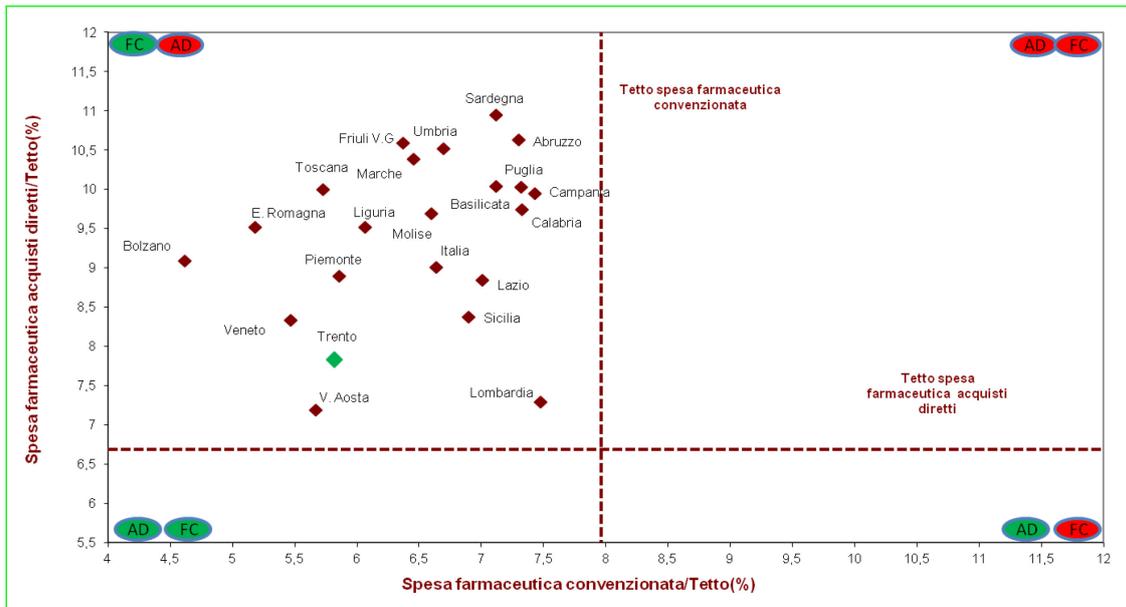


Figura 12 – Fonte AIFA 2020

I determinanti della spesa farmaceutica sono diversi tra di loro e dipendono dalle politiche del farmaco adottate sia a livello nazionale che 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 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 d'informazioni 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 convenzionata;
- l'adozione di template aziendali per la prescrizione di farmaci che richiedono piano terapeutico, che ha facilitato la rilevazione immediata di tutti i requisiti validanti la concedibilità 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 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.

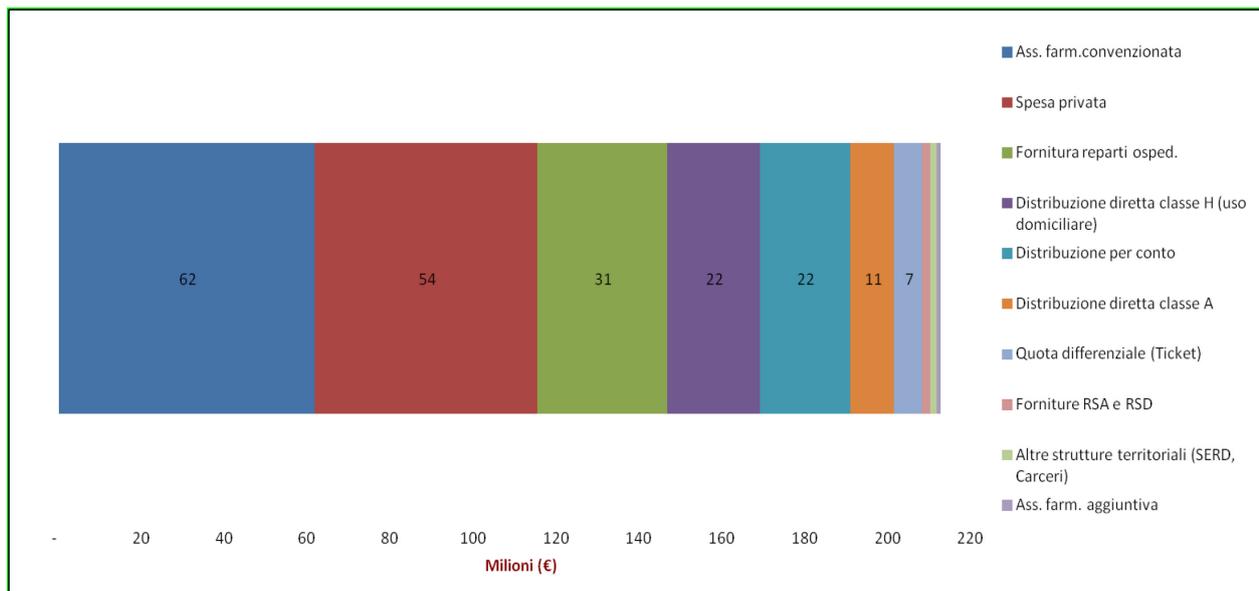


Figura 13 - Composizione della spesa farmaceutica in Trentino

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, è disponibile nella sezione Documenti del Servizio farmaceutico il Rapporto 2020 su "L'uso dei farmaci in Trentino".

15.3.2 Informatizzazione del ciclo di terapia in APSS

Il progetto di informatizzazione del ciclo di terapia ha come scopo quello di migliorare il processo di prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica di reparto al singolo paziente.

La situazione di informatizzazione delle terapie all'interno dei reparti della rete ospedaliera è attualmente effettuata su più di 1.000 posti letto. In conclusione del progetto, con i 200 nuovi posti letto attivati nel 2021 è stato raggiunto il risultato di informatizzazione originariamente previsto.

15.3.3 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 è di conseguenza la 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 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 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 multi professionale 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 aggiornata con deliberazione n. 64/2021 e sono stati inseriti i clinici delle aree maggiormente interessate dalla valutazione ed è stata integrata di nuove figure sanitarie e amministrative.

L'acquisto di nuovi farmaci ed il loro utilizzo presso le strutture dell'APSS è vincolato all'inserimento 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 demandato alla Commissione per il Prontuario terapeutico ospedaliero (CPTO). Detta commissione è multidisciplinare in

modo da garantire, secondi 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.

Nell'ambito dell'HTA l'APSS ha instaurato un rapporto collaborativo con l'ISS. La collaborazione ISS e APSS è finalizzata alla sperimentazione di un nuovo modello di governance del sistema sanitario basato sull'integrazione di strumenti quali HTA, linee guida, PDTA, misurazione e controllo delle performance ai fini della pianificazione, programmazione, realizzazione e controllo delle attività sanitarie nei diversi setting assistenziali. (delibera 523/2017). E' operativo un tavolo di lavoro HTA con la PAT per facilitare l'utilizzo di queste modalità dell'HTA.

15.3.4 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. 17 dicembre 2004 "Prescrizioni di carattere generale, relative all'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali, con particolare riferimento a quelle ai fini del miglioramento della pratica clinica, quale parte integrante dell'assistenza sanitaria".

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 prospettive 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 transnazionali, Rapporti di Health Technology Assessment (HTA).

Tutti gli studi condotti nell'ambito della Azienda provinciale per i servizi sanitari, prima del loro avvio, devono essere approvati dal Direttore del Servizio politiche del farmaco e assistenza farmaceutica.

Le ricerche cliniche e le sperimentazioni sono valutate dal "Comitato etico per le sperimentazioni cliniche" che ha sede presso la Azienda provinciale per i servizi sanitari e che è tenuto a valutare gli aspetti etici, scientifico - metodologici, economici ed assicurativi degli studi proposti.

Il Comitato etico per le sperimentazioni cliniche è istituito ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 "Criteri per la composizione ed il funzionamento dei comitati etici", che prevede uno specifico articolo (art. 3) dedicato all'indipendenza e al conflitto di interessi.

L'indipendenza dei Comitati etici è garantita dalla presenza di componenti esterni alle strutture sanitarie, in misura non inferiore ad un terzo del totale, nonché dalla estraneità e mancanza di conflitti di interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta. I componenti del Comitato etico sono stati nominati con delibera del D.G. n. 618 del 21/11/2019 e da ultimo aggiornati con delibera del D.G. n. 60 del 03/02/2022.

Attualmente, quale Presidente del Comitato etico aziendale, è stato designato un componente esterno, eletto dai componenti aventi diritto di voto.

I componenti del Comitato etico 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 interessenze, diretto o indiretto, anche di tipo non necessariamente economico, come ad esempio il coinvolgimento nella progettazione, conduzione e direzione dello studio.

A differenza di quanto avviene in altre realtà, **i componenti interni del Comitato etico aziendale svolgono la loro attività in orario di servizio e non è quindi previsto alcun compenso** per la partecipazione alle sedute e per l'attività di studio pre-seduta.

I componenti esterni sono nominati previa autorizzazione dell'ente di appartenenza (se dipendenti pubblici) e sono retribuiti per l'attività svolta, con esclusione dei componenti in pensione. Il compenso consiste in un gettone di presenza ed un assegno compensativo per l'attività di studio svolta in preparazione alla seduta, in analogia a quanto disposto dalla normativa che regola i compensi ai componenti di commissioni, consigli e comitati presso la Provincia Autonoma di Trento.

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.

15.3.5 Sponsorizzazioni e disciplina dei rapporti con le ditte

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.

In caso di donazioni e/o contributi offerti da Ditte che commercializzano prodotti coperti da particolari Codici Internazionali es. **Codice Internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno**⁵, sarà necessario il rispetto della normativa, dei Regolamenti e degli accordi in materia. In particolare le donazioni da parte delle Ditte che producono o commercializzano sostituti del latte materno che interessano l'area materno infantile devono essere attentamente vagliate dal gestore del Fondo unico per il rispetto del Codice sopra citato. La Ditta dovrà impegnarsi per iscritto a rinunciare all'uso del contributo per qualsiasi attività di comunicazione del proprio marchio o di pubblicità. Perciò non possono apparire, ad es. loghi o nomi di sponsor commerciali o dei loro prodotti in programmi, pubblicità, materiale didattico, interventi dei relatori, e/o diplomi. In nessun caso il contributo dovrà essere legato al singolo operatore.

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 a seconda della competenza.

Per quanto riguarda **la partecipazione dei professionisti come discenti ad eventi con spese sponsorizzate dalle Aziende**, le modalità per la partecipazione sono indicate al paragrafo 17 punto **K**. e la procedura da seguire è stabilita dalle **Linee guida operative per la formazione esterna dell'APSS**. Il professionista rilascia una dichiarazione pubblica sull'assenza di conflitti di interesse.

⁵ http://www.salute.gov.it/portale/temi/documenti/integratori/reg_transitorio_sez_formule_per_lattanti_per_impresa.pdf

Sono state analizzate e riviste le linee guida che disciplinano la formazione esterna ma la loro analisi e valutazione da parte della direzione è stata posticipata sia a causa della pandemia e sia del modello organizzativo in fase di sperimentazione anche perché la proposta elaborata impattava su assetti organizzativi in via di definizione.

Con riferimento agli **accessi dei rappresentanti di ditte esterne** sono presenti in APSS tre regolamenti che disciplinano l'accesso degli informatori farmaceutici, dei rappresentanti dei dispositivi medici e dei tecnici ortopedici (si veda paragrafo 17 punto L.).

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 membro incaricato e le ditte che potrebbero partecipare/partecipano alla gara.

Proprio perché il conflitto di interessi è una situazione, un insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dall'inseguimento di quelli secondari, il RUP o il soggetto proponente il provvedimento di nomina, valuta l'intensità dell'eventuale conflitto in relazione alla compromissione dell'imparzialità dell'agire.

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 partecipa a 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 partecipa al 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.

15.4 ATTIVITA' 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.

16. ALCUNI MECCANISMI DI CONTROLLO INTERNO DEI PROCESSI

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'Azienda si è strutturata in modo da assicurare, compatibilmente con i vincoli presenti, specifici presidi organizzativi come la separazione delle responsabilità e dei compiti, le procedure di autorizzazione, le valutazioni e le decisioni collegiali, la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, i controlli informatici di tipo automatico e i controlli successivi, anche di tipo campionario da parte del dirigente del Servizio o altri soggetti.

Tali presidi organizzativi sono da ritenersi utili anche quali misure per il contrasto di fenomeni corruttivi e di illegalità.

16.1 LA GESTIONE DEI RISCHI E IL SISTEMA DEI CONTROLLI IN APSS

La gestione dei rischi con gli strumenti di controllo rappresentano misure per una efficace ed efficiente gestione dei processi e delle attività e dunque possono essere viste anche nell'ottica di misure di prevenzione della corruzione.

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.

La figura 14 vuole rappresentare in modo sintetico i diversi tipi di controllo attivati all'interno dell'APSS distinti tra meccanismi obbligatori e volontari e controlli interni ed esterni.

	Controllo dall'interno	Controllo dall'esterno	Controllo condiviso
<i>obbligatoria</i>	Controllo di regolarità amm.va e contabile (di tipo ispettivo - Collegio sindacale) Valutazione della dirigenza (NdV e Collegio tecnico) Controllo di gestione ordinario (Serv. CdG) Controllo strategico (Consiglio di direzione in sede di Comitato direttivo)	Controllo obiettivi generali e specifici PAT Autorizzazione e accreditamento PAT Controllo Corte dei conti Certificazione ISS Accesso civico Accreditamento Laboratori Medici (Accredia) EFI JACIE	Circolo virtuoso delle segnalazioni Commissione Mista Conciliativa
<i>volontaria</i>	Autocontrollo - Control risk self assessment Internal auditing Audit clinico Controllo di gestione progettuale (PMO)	ISO, Revisione di bilancio Accreditamenti professionali (es. JCI) BFI Accreditation Canada VEQ	Audit Civico con Cittadinanza Attiva

Figura 14 – tipologie di controlli in APSS

16.2 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:

- ottenimento in ottobre 2021 del primo accreditamento di livello platino secondo gli standard "Qmentum International™ (versione 4)" di Accreditation Canada per gli ospedali di Cles, Arco, Tione, Borgo Valsugana, Cavalese, per il Servizio Territoriale e per il Dipartimento di Prevenzione;
- conseguimento in ottobre 2021 del 6° accreditamento Joint Commission dell'Ospedale S. Chiara di Trento e U.O. Protonterapia;
- Certificazione ISO 45001:2018 del Sistema di gestione della sicurezza aziendale dei lavoratori;
- il 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 dell'Unità operativa di igiene e sanità pubblica veterinaria; del Servizio Prevenzione e Protezione e della struttura del Medico Competente; del Servizio di formazione;
- 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;
- programmi di valutazione Esterna di Qualità (VEQ) per il Dipartimento di Laboratorio e Servizi;
- Accreditamento European Federation for Immunogenetics (EFI) del Laboratorio di Tipizzazione Tissutale HLA;

- in corso il processo per ottenere l'accreditamento JACIE della struttura semplice di Ematologia dell'Ospedale S. Chiara;
- prosecuzione del percorso di accreditamento Baby Friendly Initiatives (BFI) delle strutture ospedaliere con punto nascita e le strutture sociosanitarie territoriali e affidamento al Comitato Italiano per l'Unicef Fondazione Onlus di Roma dell'incarico per il riaccreditamento dell'Ospedale S. Chiara di Trento - Riconoscimento da parte dell'Unicef di Ospedali e comunità amici dei bambini, con applicazione delle procedure aziendali per il rispetto del Codice internazionale sulla commercializzazione dei sostituti del latte materno.

16.3 AUTOMATIZZAZIONE DEI PROCESSI

APSS è impegnata nell'automazione dei processi per la gestione efficiente e tracciabile dei flussi, che risulta efficace anche per assicurare trasparenza delle decisioni e per ridurre i rischi di errori nei procedimenti o di ponderazioni non corrette tra gli interessi delle parti. Nel 2021 l'automazione è stata dedicata, oltre che ai processi ordinari di erogazione, soprattutto alla gestione della emergenza pandemica, anche con l'intento di aumentare la produttività di risorse critiche (per esempio gli operatori della centrale per il contact tracing) ed evitare un sotto-impiego di competenze professionali (per esempio, risparmiare a un medico vaccinatore la registrazione di dati anagrafici).

Di seguito sono elencate alcune delle iniziative di automazione dei processi che sono risultati particolarmente significative nel 2021:

- gestione dei casi e contatti Covid a livello territoriale dalla segnalazione, al momento tampone fino alla guarigione – con produzione automatica dei flussi, dei certificati e tracciatura di tutti gli eventi e soggetti coinvolti (APSS, RSA, MMG; Farmacie, altre strutture coinvolte, ecc);
- gestione informatizzata delle vaccinazioni Covid dal momento della prenotazione al momento della somministrazione – con produzione automatica dei flussi e dei certificati, e tracciatura di tutti gli eventi e soggetti coinvolti;
- automazione e tracciatura vaccinazioni da parte dei medici di famiglia (MMG/PLS), che utilizzando il proprio gestionale, inviano le registrazioni dei vaccini all'Anagrafe Regionale dei Vaccini, mediante una integrazione diretta appositamente sviluppata;
- gestione automatizzata del processo di assegnazione delle persone ai centri e turni vaccinali (personale interno ed esterno ad APSS);
- tracciatura dei focolai e degli isolamenti scolastici in seguito alla rilevazione di un esito tampone positivo di un assistito in età scolare;
- ricetta elettronica per l'assistenza farmaceutica, ampliata nel 2020 alle tipologie DPC (distribuzione per conto) e che nel 2021 è stata sviluppata ulteriormente per gestire il ciclo (prescrizione - presa in carico - erogazione) della cd. Ricetta Bianca Elettronica;
- Piano Terapeutico NOTA 97 – gestione all'interno dei sistemi di prescrizione a livello di ospedale e territorio (MMG/PLS) del Piano Terapeutico per i farmaci che richiedono la NOTA 97 con relativa tracciatura del flusso dematerializzato;
- Ricetta Elettronica Farmaceutica - SAR Emergenza WEB – sviluppata un'applicazione per le farmacie che consente di tracciare ed erogare i farmaci in modalità elettronica (senza carta) anche in caso di interruzione dei servizi Sogei;

- ricetta elettronica per l'assistenza specialistica;
- automazione del processo dei prelievi domiciliari;
- gestione informatizzata delle liste d'attesa e gestione informatizzata di tutte le agende per prenotazioni delle prestazioni ambulatoriali della procedura CUP;
- gestione informatizzata delle vaccinazioni Covid per fasce di popolazione;
- automazione completa del processo di assistenza domiciliare e cure palliative dalla segnalazione di un bisogno all'erogazione di un piano di cura;
- fatturazione elettronica e informatizzazione del ciclo passivo, con applicazione di PagoPA e degli ordinativi elettronici NSO;
- automazione dei controlli nella procedura rimborsi agli assistiti;
- automazione del processo di erogazione dei presidi per incontinenza e dei prodotti alimentari per nefropatici, esteso nel 2021 ai prodotti dietetici e ai dispositivi per malattie rare e metaboliche.

16.4 LINEE GUIDA, REGOLAMENTI E PROCEDURE

L'APSS ha adottato diversi documenti aziendali quali regolamenti, disciplinari, linee guida, 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 (ad eccezione del Regolamento aziendale sulle immobilizzazioni):
 - 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 aziendale sulle immobilizzazioni (adottato con delibera DG 491/2015 e approvato con delibera G.P. 2514/2015);
- le Direttive per la tenuta della contabilità economico-patrimoniale (delibera G.P.1078 dd. 29.06.2015 e ss.mm);
- il Disciplinare acquisti di beni, servizi e lavori di valore inferiore alla soglia della trattativa diretta (adottato da ultimo con Delibera D.G. n. 141/2020 e aggiornato con delibera D.G. n. 312/2021 in adeguamento al decreto legge n. 77/2021);
- 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.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. 171/2019);

- Il Manuale RAO (raggruppamenti di attesa omogenei per priorità clinica di attesa e per la gestione trasparente e il contenimento dei tempi d'attesa);
- 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).
- 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;
- la procedura che disciplina l'acquisto dei D.M. caso singolo;
- 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);
- le Linee guida per la valutazione dell'invalidità civile;
- la Carta dei Servizi;
- Linee di indirizzo per il funzionamento del Servizio ospedaliero provinciale (del. DG 103/2019);
- Linee di indirizzo per il funzionamento del Servizio territoriale (del. DG 103/2019);
- Linee di indirizzo del Comitato di Area (del. DG 240/2019);
- Linee di indirizzo dei Comitati di Dipartimento funzionale (del DG. 537/2019);
- il Regolamento della commissione terapeutica aziendale;
- il Regolamento dell'informazione sul farmaco presso le strutture dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari di Trento ed i soggetti convenzionati (aggiornamento delibera D.G. 127/2016) come da direttive provinciali per l'informazione scientifica sul farmaco nell'ambito del Servizio sanitario provinciale (delibera G.P. 1483/2007);
- le Direttive per l'accesso dei rappresentanti di dispositivi medici (delibera D.G. 124 del 13.03.2018);
- Il Regolamento per l'accesso alle strutture dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari dei fornitori di ausili e presidi ortopedici 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 liberi professionisti) alle strutture dell'azienda provinciale per i servizi sanitari (rep. 23658 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);
- Procedura aziendale per l'applicazione del Passo 1A dell'Iniziativa Baby Friendly Ospedali e Comunità Amici dei Bambini. Aderire pienamente al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e alle successive risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità.
- Il Regolamento per l'effettuazione di sperimentazioni cliniche e ricerche sanitarie;
- il Regolamento di funzionamento del Comitato etico per le sperimentazioni cliniche;
- il Manuale di gestione degli archivi;
- la Tabella di ricognizione dei procedimenti amministrativi (Delibere DG 200/2020);

- i Regolamenti concernenti l'accesso all'impiego: delibera DG 351/2010 per il personale tecnico, amministrativo e delibera del Presidente della Provincia n. 17-49 del 2010 per il personale sanitario e le selezioni interne delibera DG 293/2011);
- il Regolamento dei tirocini e delle frequenze volontarie presso l'APSS (delibera DG 485/2014);
- 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;
- la procedura che individua le categorie di beni che, per caratteristiche tecniche intrinseche e per il bisogno di controllo e tracciabilità, sono da registrare in inventario a prescindere dal valore di acquisto (delibera del DG 606/2016);
- 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);
- Regolamento sulla videosorveglianza (delibera del DG 510/2020);
- Procedura gestione delle videoregistrazioni di procedure sanitarie.

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 (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 dal presente Piano.

17. ALCUNE MISURE SPECIFICHE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

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

A) per la gestione trasparente delle liste d'attesa:

applicazione della disciplina secondo la priorità clinica nell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale attraverso l'utilizzo del sistema RAO secondo quanto previsto dal Piano provinciale per il contenimento dei tempi di attesa e dal Manuale RAO;

B) per garantire la trasparenza e tracciabilità delle prestazioni erogate:

le prestazioni in libera professione (L.P.) vengono gestite nel sistema CUP, è previsto di norma il pagamento anticipato delle prestazioni. A causa della pandemia per evitare doppio passaggio alla cassa ed anche assembramento prima dell'effettuazione delle prestazioni è stato deciso di disporre il pagamento a posteriori, con l'invio di documento a domicilio per pagamenti non effettuati. E' stata introdotta la possibilità di

pagamento mediante PAGO PA, con codice IUV inviato tramite SMS il giorno primo della prenotazione, unitamente al pro memoria.

- C) 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 e elenco delle prestazioni incassate.
- D) 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;
- E) regolamentazione dei regali:** tutti i dipendenti e i soggetti di cui all'art. 2 del codice di comportamento⁶ 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 solo in via del tutto occasionale, a titolo di ringraziamento, nell'ambito di relazioni di cortesia, solo quelli d'uso di modico valore, nella misura definita dal Codice di comportamento aziendale in corso di vigenza (attualmente 100 euro annui).

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 regali o altra utilità, anche di modico valore, a **titolo di corrispettivo** per l'attività inerente il proprio ufficio (art. 4 del codice di comportamento).

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 effettuati da parte di soggetti che sono in conflitto di interessi**, es. fornitori, potenziali fornitori, strutture accreditate/convenzionate, soggetti che possono avere interesse economico diretto o indiretto, ecc. (esclusi i gadgets).

Le elargizioni in denaro possono essere versate direttamente presso le casse aziendali o effettuando un pagamento spontaneo sul circuito PagoPa indicando causale ed eventualmente la relativa destinazione (es. ad un reparto o uno scopo).

Nel caso in cui un soggetto intenda erogare beni a favore di una unità operativa/Servizio dell'APSS va attivata l'apposita procedura aziendale dandone immediata comunicazione all'Ufficio supporto gestione sviluppo del personale – del Dipartimento amministrativo ospedaliero-territoriale, secondo il "Regolamento per la costituzione e la gestione del Fondo unico aziendale per il miglioramento della qualità

⁶ Collaboratori, consulenti, medici "ex Sumai", dipendenti di ditte esterne, medici in formazione specialistica, tirocinanti, titolari di borse di studio, personale comandato, personale di strutture sanitarie esterne sulla base di convenzioni, stagisti, volontari e frequentatori.

dei servizi e di gestione delle sponsorizzazioni, donazioni, legati ed eredità” (ulteriori informazioni disponibili in internet nell’area “Sostieni i nostri progetti”).

F) Clausole da inserire, da parte dei dirigenti competenti, negli atti di gara e nei contratti per l’esecuzione di lavori, servizi e forniture costituenti il modello di protocollo di integrità inteso come regole di legalità e integrità:

- l’indicazione negli avvisi, nei bandi di gara, nelle lettere di invito e nei contratti della disponibilità a fornire su richiesta dell’APSS, in sede di affidamenti di forniture/servizi/incarichi, 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 APSS.

G) Clausole da inserire negli atti di incarico e nei contratti di affidamento delle collaborazioni e delle consulenze:

- il rispetto delle misure previste dal PTPC 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).

H) Con riferimento alle acquisizioni di valore inferiore alla soglia per la quale sarebbe consentito l’affidamento diretto:

Con deliberazione del Direttore generale n. 312 del 07/06/2021, in adeguamento al decreto legge n. 77/2021, è stato integrato il **“Disciplinare acquisti di beni, servizi e lavori di valore inferiore alla soglia di trattativa diretta”** adottato con delibera del Direttore Generale n. 141 del 19/03/2020. atto a regolamentare le scelte dei contraenti, i casi di affidamento diretto senza previo confronto competitivo, nonché le modalità di attuazione del principio di rotazione, privilegiando l’acquisizione di beni e servizi a mezzo dei sistemi del mercato elettronico (provinciale e nazionale).

Il disciplinare è diviso in due titoli: il **Titolo I** riguarda la procedura per tutte le acquisizioni di beni e servizi e si applica anche alle acquisizioni di beni e servizi del **Titolo II** dedicato a “lavori, incarichi di ingegneria ed architettura ed attrezzature sanitarie”, fatto salvo quanto diversamente disposto da quest’ultimo.

Il Disciplinare, tra le altre cose, prevede che la procedura di approvvigionamento di beni o servizi si concluda con determina ed in particolare: per acquisti uguali o superiori ad euro 20.000,00 mediante apposita determina, dettagliando le imprese invitate, l’impresa aggiudicataria, le modalità seguite e i contenuti contrattuali di aggiudicazione; per acquisti inferiori ad euro 20.000,00 e superiori ad euro 5.000,00 con una determina periodica (di norma trimestrale) cumulativa che dà conto

sinteticamente dei contratti definiti, del loro valore, del numero di invitati e degli aggiudicatari.

Per gli **affidamenti diretti sopra i 1.000 euro (fuori dai casi previsti dal disciplinare)** permane l'obbligo da parte del RUP di inviare l'elenco degli affidamenti effettuati nel mese precedente al Direttore del Dipartimento competente e al dirigente superiore se non coincidente con il RUP. Le informazioni comprendono una breve descrizione sulle ragioni della scelta della ditta, della congruità del prezzo, delle motivazioni che giustificano l'affidamento diretto e l'eventuale assenza di rotazione.

Per le **richieste di nuovi dispositivi medici**, oltre alla validazione preventiva da parte del Dipartimento/Area competente delle richieste dei Direttori di U.O./ Servizi, viene effettuata una **manifestazione di interesse** per verificare l'eventuale infungibilità del prodotto e le ditte in grado di offrire il prodotto e le alternative ad esso. Solo successivamente, avviene la sottoposizione al vaglio della Commissione per il Repertorio dei Dispositivi Medici.

Per quanto concerne le procedure di affidamento di contratti pubblici di lavori e di servizi di ingegneria ed architettura ad invito, gli elenchi delle Imprese invitate devono presentare una doppia firma, in genere quella del RUP e del Dirigente del Servizio. Qualora il Dirigente del Servizio sia anche RUP è necessaria la firma del Direttore del Dipartimento Infrastrutture. L'eventuale presenza di un tecnico proponente che firma l'elenco non esclude la necessità di firma da parte del RUP e del Dirigente del Servizio o del solo Dirigente di Servizio qualora sia anche RUP.

I) Con riferimento allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage – revolving doors*), come definito dal Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):

- 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 informi, 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);

Si precisa che in merito **all'interpretazione dell'art. 53, comma 16-ter, del d.lgs. 165/2001, l'ANAC si è pronunciata con un orientamento** secondo il quale le prescrizioni ed i divieti contenuti trovano applicazione non solo ai dipendenti che esercitano i poteri autoritativi e negoziali per conto dell'Amministrazione, ma anche ai dipendenti che - pur non esercitando concretamente ed effettivamente tali poteri - sono tuttavia competenti ad elaborare atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, certificazioni, perizie) che incidono in maniera determinante sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente. Il divieto di pantouflage si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Fra i poteri autoritativi e negoziali sono da ricomprendersi l'adozione di atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere (cfr. parere ANAC AG 2/2017 approvato con delibera n. 88 dell'8 febbraio 2017).

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 preconstituirsì 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).

J) 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 bis⁷ del D.Lgs. 165/2001 c. 1 lett. a), b) e c).

⁷ 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.

K) Con riferimento agli eventi formativi:

1. Partecipazione dei professionisti come discenti ad eventi con spese sponsorizzate

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 (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 il Direttore competente (di U.O./Servizio/Direzione medica/Dipartimento/...) ritenga particolarmente utile la partecipazione e coerente con il fabbisogno formativo, individua 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.

Nel caso di Ditte che producono o commercializzano sostituti del latte materno va applicato quanto previsto dalla **Procedura aziendale per l'applicazione del Passo 1A dell'Iniziativa Baby Friendly Ospedali e Comunità Amici dei Bambini**. Aderire pienamente al Codice Internazionale sulla Commercializzazione dei Sostituti del Latte Materno e alle successive risoluzioni pertinenti dell'Assemblea Mondiale della Sanità

Con riferimento alle proposte di educational grant, o di altre forme di sovvenzionamento delle spese di partecipazione a 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 ad anticorruzione@apss.tn.it per essere analizzate dalla Commissione nominata dal DG.

Come misura di trasparenza, dal 2016 l'APSS pubblica sul proprio sito l'elenco delle partecipazioni ad eventi sponsorizzati.

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 (relatore, ecc.) 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).

L) 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 segretezza e riservatezza;
- viene assicurata da parte dei responsabili di tutte le Strutture aziendali 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)
 - **dei rappresentanti delle ditte di dispositivi medici** (delibera DG n. 124/2018)
 - **dei tecnici ortopedici** (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 degli operatori APSS partecipanti.

M) Con riferimento allo svolgimento di procedura di gara ad evidenza pubblica:

- quando sia stata indetta procedura di gara per l'approvvigionamento di un settore di fornitura (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 al settore "Bandi di gara e contratti" sul sito internet APSS, qualsiasi quesito che un'impresa intenda porre in merito alla gara (anche di contenuto squisitamente tecnico) deve essere posto per iscritto e inviato all'indirizzo contenuto negli atti di gara. Sarà poi il Servizio che gestisce la gara a trasferire i quesiti al Responsabile Unico del Procedimento che poi si interfaccia con i professionisti del settore al fine di fornire le informazioni richieste al Servizio predetto che rende pubblica l'informazione, in modo da garantire parità di condizioni. Ove la procedura sia gestita con il mercato elettronico i quesiti e le risposte sono tracciati mediante detto strumento. In ogni caso, i concorrenti alla gara si impegnano a non ricercare il contatto confidenziale con i soggetti competenti nelle diverse fasi della 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 di evitare rapporti diretti con i rappresentanti delle ditte che potrebbero essere interessate alla gara; le modalità e

tracciatura dei rapporti con rappresentanti delle imprese nelle unità operative sono oggetto di specifica ai precedenti punti s. e t. del paragrafo.

- I componenti della commissione tecnica, nel periodo in cui sono impegnati nell'attività non intrattengono alcun rapporto diretto con rappresentanti di Imprese che partecipano alla gara;
- i dirigenti e 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 e con un unico fornitore), e viepiù allorquando gestiscano 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 gara stessa.

Con riguardo al Servizio Procedure di gara in ambito sanitario, la Giunta Provinciale, con deliberazione n. 1755 di data 12 ottobre 2015, ha disposto che l'Agenzia Provinciale per gli Appalti e Contratti (APAC) - in base alla convenzione stipulata con APSS - si avvalga del Servizio Procedure di gara in ambito sanitario per l'espletamento delle procedure di gara ad evidenza pubblica di servizi e forniture in ambito sanitario di competenza dell'APSS, approvando altresì i criteri e le modalità dell'avvalimento. In vigore della citata convenzione il Dirigente del Servizio Procedure di gara in ambito sanitario dell'APSS si impegna ad osservare e a far osservare ai propri collaboratori, a qualsiasi titolo, le misure previste da APSS e le misure anticorruzione adottate da APAC.

Per le procedure di gara i cui provvedimenti a contrarre sono adottati dal Direttore Generale a far data dal 1° aprile 2020 la convenzione sopra indicata non ha più efficacia, data l'introduzione del sistema di qualificazione delle Stazioni appaltati avvenuto con deliberazione della Giunta provinciale n. 94 di data 30 gennaio 2020 che ha comportato la possibilità per l'Azienda di procedere in autonomia alla gestione delle procedure di gara per l'affidamento di forniture e servizi di importo pari o superiore alle soglie comunitarie. A ciò si aggiunga che, con la 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 tali ultime procedure è stato previsto l'obbligo di applicazione di misure anticorruzione analoghe a quelle adottate da APAC. A tal fine è stata adottata la determina del Dirigente del Servizio Procedure di gara in ambito sanitario n. 542 di data 5 maggio 2020 che ha disposto l'adozione di specifiche misure integrative in materia di prevenzione della corruzione e di legalità applicabili a tutte le procedure di gara gestite dal Servizio medesimo.

17. 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 del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 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 stato pubblicato sul sito aziendale in Amministrazione trasparente.

La struttura del Codice riprende integralmente per ciascun articolo le regole generali approvate con D.P.R. n. 62/2013 "Codice di comportamento dei pubblici dipendenti". Le regole integrative riprendono quanto previsto dalle Linee guida in materia di codici di comportamento dell'ANAC di cui alla Delibera n. 75/2013, dalla Delibera della Giunta Provinciale n. 1217 del 18/7/2014 recante "Il Codice di Comportamento dei dipendenti della Provincia autonoma di Trento e degli enti pubblici strumentali della Provincia" nonché le specificazioni introdotte in sede aziendale.

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** ma vanno integrate, in quanto quest'ultima fa riferimento ai principi di buon andamento, imparzialità, interesse pubblico, includendo reputazione e immagine pubblica. È importante dunque che quando vengono prese decisioni ci si interroghi sulle conseguenze in quanto il professionista dipendente pubblico agisce per conto dell'Azienda sanitaria (art. 12 cod. comportamento).

Tutti i dipendenti e i soggetti indicati nell'art. 2 del Codice di comportamento sono tenuti ad osservare anche norme, misure ed azioni indirizzate a prevenire il rischio di corruzione, contenute nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per l'Attuazione della Trasparenza, nel Codice nonché negli altri atti aziendali emanati in attuazione dei predetti documenti.

18.1 OBBLIGO DI ASTENSIONE E SEGNALAZIONE DI POTENZIALI CONFLITTI DI INTERESSI

L'art 7 del 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, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure 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, 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.

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, Dirigenti, il Responsabile del Procedimento (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, consulenti devono **ASTENERSI in caso di conflitto di interesse SEGNALANDO al proprio responsabile gerarchico o al referente ogni situazione di conflitto anche potenziale.**

Il conflitto di interessi è quella situazione in cui un interesse privato (secondario) interferisce o potrebbe interferire con l'interesse pubblico in modo tale da pregiudicare l'imparzialità delle scelte dell'operatore pubblico a vantaggio degli interessi privati.

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 del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado 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.**

Si rinvia agli artt. 6 e 7 e 13 del Codice di Comportamento aziendale che definiscono gli obblighi specifici ai quali i dipendenti e gli altri soggetti devono attenersi.

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?

18.2 AZIONI PER LA DIFFUSIONE DEL CODICE DI COMPORTAMENTO E DEL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Per garantire la diffusione di quanto prescritto nel presente Piano 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.

Al fine di dare la massima diffusione ai contenuti del Codice e agevolare la lettura da parte dei dipendenti e degli altri soggetti destinatari del documento, è stata elaborata una brochure sintetica che costituisce un riassunto dei principi contenuti nel Codice di comportamento aziendale con il fine di presentare le principali disposizioni e novità in esso contenute. La brochure può essere richiesta al magazzino (cod. 125345).

Dell'approvazione del nuovo Codice di Comportamento è stata data informativa per e-mail dal Direttore generale a tutti i dipendenti. I Referenti del RPC sono stati invitati a darne diffusione e a inviare il link al documento ai soggetti diversi dai dipendenti destinatari delle disposizioni in esso contenute, nonché ad esporlo nelle bacheche delle diverse strutture aziendali. Al fine di darne ampia diffusione ne è stata data comunicazione anche sul cedolino dello stipendio. Per assicurare la conoscenza del presente Piano viene inviata una mail da parte della Direzione generale a tutti i dipendenti e data apposita informativa nelle fast news aziendali.

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 il Codice disciplinare del personale della dirigenza medica e veterinaria⁸, quello della dirigenza sanitaria, delle professioni sanitarie, professionale, tecnica e amministrativa⁹ e il codice disciplinare del personale dell'Area del comparto¹⁰, disponibili sul sito dell'APRAN. Il regolamento dei procedimenti disciplinari è stato

⁸ http://www.apran.provincia.tn.it/contratti/Sanita/2013-2015/area_dirigenziale/dirigenza_med-vet/accordo_disciplinare_dirig_medica_dd_21-07-2015/accordo_disciplinare_dirig_medica_dd_21-07-2015.htm

⁹ http://www.apran.provincia.tn.it/contratti/Sanita/2013-2015/area_dirigenziale/dirigenza_spta/accordo_disciplinare_dirig_spta_dd_21-07-2015/accordo-disciplinare_dd_09-10-2015.htm

¹⁰ http://www.apran.provincia.tn.it/contratti/Sanita/2006-2009/area-non-dirig/elenco_contr_06-09_pers_comp_sanita.htm

aggiornato con disciplina organica in attuazione dell'art. 55, comma 4, del D.Lgs. 16/2001 con deliberazione n. 44 del 5 febbraio 2013.

18. MODALITÀ' PER LA SEGNALAZIONE DI CONDOTTE ILLECITE WHISTLEBLOWING

Nella considerazione che è interesse della collettività il buon uso delle risorse pubbliche, l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte dalle pubbliche amministrazioni, è importante porsi con un atteggiamento propositivo e di supporto alle P.A. per aiutarle a contrastare i fenomeni di maladministration. L'art. 54 bis del d.lgs.165/2001 inoltre ha stabilito delle particolari tutele nei confronti dei dipendenti o equiparati che segnalano nell'interesse della pubblica amministrazione.

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.

La Politica insieme ad altra documentazione 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>

La politica prevede la possibilità di ricevere segnalazioni da parte di dipendenti, collaboratori, utenti, e altri soggetti che ne siano venuti a conoscenza assicurando la tutela dell'anonimato e la riservatezza così come stabilito dall'art. 54 bis del Decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, introdotto dalla Legge Anticorruzione n.190/2012 e poi modificato dalla Legge n.179 del 30 novembre 2017.

In particolare, il comma 5 della L.179/2017 dispone che, anche in base ad apposite linee guida ANAC, le procedure per il whistleblowing debbano avere caratteristiche precise. In particolare "prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione".

L'APSS prende in considerazione anche le segnalazioni fatte in forma anonima (prive dell'identità del segnalante) purché presentino elementi adeguatamente circostanziati (luogo, soggetti coinvolti, fatti oggetto dell'illecito, momento in cui si è svolto il fatto, ecc.).

Le segnalazioni anonima non rientrano direttamente nel campo di applicazione della tutela previsti dall'art. 54-bis del d.lgs. n. 165/2001 per assenza dei presupposti. Infatti la tutela prevista da tale disposizione riguarda il dipendente pubblico o equiparato che si identifica.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione è la figura identificata dalla Legge e ANAC quale destinatario precipuo della segnalazione. Il Responsabile per la prevenzione della corruzione procede alla gestione della segnalazione nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna, in primo luogo procede, ad oscurare o a separare gli elementi identificativi del segnalante dal contenuto, effettua una prima valutazione sull'ammissibilità e ne inquadra la tipologia ossia segnalazione anonima o di whistleblower soggetto a tutela. Al segnalante viene data informazione in merito agli esiti delle verifiche e/o della comunicazione alle competenti

autorità esterne degli illeciti che rilevano sotto il profilo penale. Nel caso in cui per la verifica della segnalazione si rendesse necessario il coinvolgimento di altre strutture aziendali, il Responsabile per la prevenzione della corruzione, sempre espungendo i riferimenti circa l'identità del segnalante, valuta chi coinvolgere per l'adozione dei provvedimenti di competenza in relazione ai profili di illiceità riscontrati, o per il proseguo degli approfondimenti istruttori,

I soggetti che per ragioni d'indagini vengono a conoscenza del contenuto della segnalazione o di altre informazioni sono tenuti agli stessi vincoli e alla tutela della riservatezza e del segreto d'ufficio (anche con riferimento al contenuto e ai soggetti che sono stati segnalati) con le stesse responsabilità previste dall'art. 54 bis del D.Lgs. 165/2001 per il Responsabile per la prevenzione della corruzione.

Il Consiglio di direzione ha definito come modalità di trasmissione delle segnalazioni di whistleblowing la **Piattaforma informatica WhistleblowingPA** messa a disposizione da Transparency International Italia e dal Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali.

Tale piattaforma è stata sperimentata da APSS nell'ambito del progetto "Curiamo la corruzione in Sanità" di Transparency Int. al quale l'APSS ha aderito quale azienda pilota. Questa piattaforma è ora messa a disposizione nell'ambito del progetto WhistleblowingPA al quale l'APSS ha aderito con deliberazione del D.G. n. 12 del 14.1.2018 in quanto ritiene importante dotarsi di uno strumento efficace e sicuro per le segnalazioni.

La piattaforma si basa sul software opensource Globaleaks che rende impossibile rintracciare l'origine della segnalazione. Elemento innovativo è l'assegnazione di un codice alfanumerico che permette al segnalante di verificare successivamente lo stato di avanzamento e, soprattutto, di dialogare e scambiare messaggi in maniera totalmente anonima con il destinatario anche per trasmettere eventuali informazioni aggiuntive.

Le caratteristiche di questa modalità di segnalazione sono le seguenti:

- la segnalazione viene fatta attraverso la compilazione di un questionario e può essere inviata in forma anonima. Se anonima, è presa in carico solo se adeguatamente circostanziata;
- la segnalazione viene ricevuta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC) e da lui gestita mantenendo l'anonimato e la riservatezza delle informazioni;
- nel momento dell'invio della segnalazione, il segnalante riceve un codice numerico di 16 cifre che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta del RPC e dialogare rispondendo a richieste di chiarimenti o approfondimenti;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) sia dall'interno dell'ente che dal suo esterno. La tutela dell'anonimato è garantita in ogni circostanza.

La 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/>

19. RAPPORTI CON LA SOCIETÀ CIVILE

Al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, l'Azienda realizza forme di sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità con il coinvolgimento di cittadini e organizzazioni portatrici di interessi collettivi, al fine dell'implementazione del Piano e della diffusione delle strategie di prevenzione e del loro monitoraggio.

Sul sito istituzionale in **Amministrazione trasparente, altri contenuti- prevenzione della corruzione** è disponibile la documentazione aziendale in materia di prevenzione della corruzione. Anche al fine di favorire la comunicazione con la società civile è stata attivata una mail dedicata anticorruzione@apss.tn.it.

Per l'invio dall'esterno di segnalazioni, anche in forma anonima, di possibili eventi di cattiva amministrazione, di potenziali conflitti d'interessi o casi di corruzione o di altri reati è a disposizione la piattaforma per l'invio delle segnalazioni di whistleblowing <https://apss.whistleblowing.it/>

20. ATTUAZIONE DELLE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ D.Lgs. 39/2013 E DI INCOMPATIBILITÀ, 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, salvo quanto previsto dalla normativa emergenziale.

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.

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.

Il Regolamento prevede **la comunicazione da parte del dipendente anche per quegli incarichi non soggetti ad autorizzazione di cui all'art. 53 c. 6 del D.Lgs 165/2001.**

L'APSS, ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e in ottemperanza a quanto previsto dell'art. 1 comma 62 della legge 23 dicembre 1996 n. 662, effettua controlli a campione sull'osservanza delle disposizioni in materia di autorizzazione allo svolgimento di attività e incarichi esterni del proprio personale.

Le situazioni anomale vengono approfondite e analizzate per l'eventuale applicazione dei provvedimenti necessari.

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

21. MISURE IN MATERIA DI TRASPARENZA

Il Responsabile per la Trasparenza è stato nominato con Delibera n. 249 del 20 maggio 2013 ed individuato nel dott. Armando Toniolatti, responsabile del Servizio Affari Generali e Legali dell'APSS. Per le misure in materia si rinvia a quanto indicato nel **Piano Aziendale per l'Attuazione della Trasparenza nella parte II del presente documento.**

22. 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:

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

La strategia relativa alla formazione sui temi della prevenzione corruzione è quindi basata, da un lato, alla diffusione della conoscenza della normativa, dei documenti aziendali, dei principali rischi e delle misure adottate dall'Azienda e dal legislatore; dall'altro orientato soprattutto 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.

Per l'APSS incidere a livello valoriale è fondamentale proprio perché non tutti i rischi possono essere ricondotti a delle regole ma anche perché una riduzione eccessiva degli spazi decisionali dei dipendenti li rende **meno propensi ad assumere spontaneamente**

comportamenti eticamente desiderabili e potrebbe rivelarsi controproducente a causa dell'**impatto negativo sulla capacità decisionale delle persone**. Infatti in un simile contesto i dipendenti potrebbero avere la percezione di essere esclusivamente tenuti a mostrare obbedienza ad una serie di regole, senza che possano decidere secondo una propria scala di valori etici.

Il programma di formazione in generale avrà i seguenti contenuti:

- normativa sulla prevenzione della corruzione;
- Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza dell'Azienda;
- 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 e 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 dell'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 sarà organizzata preferibilmente mediante l'utilizzo di professionisti interni e sarà 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.

La formazione prevede percorsi differenziati per contenuti e livello di approfondimento in relazione alla qualifica di appartenenza e al ruolo che il dipendente è chiamato ad assumere in quanto attore del sistema di prevenzione del rischio corruttivo. La formazione è erogata anche nella modalità "FAD" con percorso personalizzato per i dipendenti dell'area sanitaria e di quella amministrativa, tecnico, professionale.

In particolare, gli interventi e le attività di formazione saranno 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, amministrativa;
- d. personale medico o area sanitaria;
- e. personale sanitario con funzioni di coordinamento;
- f. personale neo assunto.

Più precisamente, la formazione è stata articolata come segue:

- per il personale dei punti a. e b., si è già provveduto all'effettuazione di attività didattica in aula preceduta da un'attività seminariale di mezza giornata sugli aspetti valoriali

tenuta da esperti in materia e dedicata all'analisi e all'approfondimento di temi e problematiche puntuali legati alla gestione del rischio di corruzione, alternando momenti di formazione frontale con fasi di discussione di casi ed eventuali esperienze concrete, siano esse del settore pubblico o privato.

- per i Direttori medici, sanitari e veterinari di struttura complessa di cui al punto c. i temi dell'integrità, dell'etica e dell'anticorruzione sono stati inseriti all'interno dei Corsi realizzati dall'APSS anche con riferimento alla partecipazione alle commissioni di concorso e di gara;
- per il personale sanitario con funzioni di coordinamento (d.), le tematiche sono state trattate all'interno di un corso sulle responsabilità del coordinatore, effettuato in più edizioni nel corso del 2013-2014 e ripreso nel 2019 all'interno di un corso sulle tecnologie sanitarie;
- per il personale neo assunto (e.) è previsto, oltre all'eventuale partecipazione ai corsi di formazione di cui sopra, anche la fruizione del corso di formazione in FAD 1 predisposto dall'APSS;
- l'inserimento delle tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione come ulteriori argomenti d'esame da indicare nei bandi di concorso;
- l'inserimento delle tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione come 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, regolamentari nonché di quelli relativi all'organizzazione aziendale.

Nel 2016 si sono tenuti tre incontri formativi sui temi dell'etica professionale e dell'etica pubblica, da parte di due esperti esterni e nell'ambito del progetto "curiamo la corruzione in sanità". Nel 2017 si è tenuto un corso articolato in due edizioni sul tema dell'integrità e conflitto di interessi rivolto in particolar modo ai soggetti che sono chiamati a far parte di commissioni di concorso, di gara, di gruppi tecnici per la predisposizione dei capitoli. Sempre nell'ambito di questo progetto l'APSS ha partecipato con un proprio stand alla "Giornata Nazionale Contro la Corruzione in Sanità" nel 2016 presso l'Ospedale S. Chiara e nel 2017 presso l'Ospedale di Rovereto.

Nel 2017 è stato realizzato, attraverso risorse interne e attivato un corso in modalità FAD, articolato in un modulo comune e in uno personalizzato, dedicato specificatamente ai dipendenti di area tecnica e amministrativa, da una parte, e per quelli dell'area medica e sanitaria, dall'altra.

Il RPC ha partecipato da novembre 2017 a gennaio 2018, superando l'esame finale, al Corso per responsabili della prevenzione della corruzione organizzato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali AGENAS.

Nel 2018 sono stati formati con il corso FAD circa 960 dipendenti ed è stato realizzato un corso residenziale per i professionisti che fanno parte di organi tecnici aziendali a composizione collegiale (sia dipendenti che personale esterno che interviene nelle commissioni) attraverso un laboratorio per l'analisi di alcuni casi e situazioni critiche.

Nel 2019 il corso FAD è stato erogato in 7 edizioni, comprensive di quelle per i Neo assunti a tutto il personale sanitario, tecnico e amministrativo e sono stati formati 585 persone.

Nel corso dei prossimi anni l'attività formativa sarà organizzata con l'obiettivo di formare almeno 300 dipendenti all'anno.

Nel 2019 è stata erogata attività di formazione residenziale ai coordinatori sanitari e tecnici durante due corsi sulla Gestione delle tecnologie sanitarie. Nel 2019 è stata aggiornata la FAD1 con gli aggiornamenti normativi in materia e organizzativi nel frattempo intervenuti. Nel 2020 sono state formate 625 persone e nel 2021 sono state formate 3256 persone. In ogni caso la fruizione del corso FAD1 è obbligatoria per:

- il personale neoassunto (da effettuare entro il semestre di prova);
- per il personale individuato dai Referenti RPC o dai direttori di U.O/ Servizi o dal RPC e RT.

Nel 2022 sarà erogata la FAD2 con 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 aversi durante l'attività lavorativa per i diversi profili professionali.

23. ROTAZIONE DEI DIPENDENTI

Nell'ambito delle misure dirette a prevenire il rischio di corruzione, la Legge 190/2012 attribuisce particolare rilievo all'applicazione del principio di rotazione del personale alle figure dirigenziali e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Il PNA rimette a ciascuna amministrazione la programmazione dell'adozione di tale misura, al fine di evitare che l'attuazione della stessa non proceda a discapito del principio costituzionale del buon andamento dell'amministrazione.

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

- l'APSS 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 e nel 2022 sarà approvato il nuovo regolamento di organizzazione;
- 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 modifica degli organi di gestione della parte sanitaria con l'introduzione di nuove strutture e la modifica delle 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 corruzione, indicate all'interno del PTPC 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;

In considerazione di quanto sopra, con la direzione aziendale, la direzione del personale e il Servizio affari generali e legali era stato condiviso che per la programmazione e la stesura di linee guida sulla rotazione per il personale sia dirigenziale che del comparto fosse opportuno attendere il termine della fase di sperimentazione della riorganizzazione.

Una bozza di linee guida è stata elaborata dal dipartimento risorse umane ed è stata presentata alla direzione amministrativa che ha deciso di posticipare la valutazione della bozza di linea guida al termine del processo riorganizzativo, visto anche il recente cambio della direzione aziendale e delle priorità legate alla pandemia che stanno interessando l'Azienda.

In ogni caso, il Consiglio di Direzione, potrà valutare l'opportunità dell'attuazione della rotazione ordinaria per i dirigenti responsabili dei Servizi/UU.OO. In particolare, alla scadenza dell'incarico, può valutare per il personale dirigenziale delle aree a rischio la fattibilità o meno della rotazione a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente. Nel caso in cui la misura non potesse essere utilmente applicata ne saranno indicate le motivazioni.

L'istituto della **rotazione "straordinaria"** era stato già previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, c.d. Testo Unico sul pubblico impiego, dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater), sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, che i dirigenti *"provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura correttiva"*.

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.

24. 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 3.3 del Piano Aziendale per l'Attuazione della Trasparenza nella parte II del presente documento.

25. OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DEL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA

Al fine di controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile per la Prevenzione, in qualsiasi momento, può richiedere alle strutture aziendali informazioni e dati relativi a determinati provvedimenti o attività.

Le strutture forniscono la propria collaborazione al RPC e al RT.

Con riferimento agli obblighi di informazione si precisa che:

1. L'Ufficio Procedimenti Disciplinari informa il RPC di procedimenti disciplinari attinenti l'ambito della corruzione al fine di valutare la necessità di implementare idonee misure di prevenzione nel PTPCT; fornisce dati e informazioni circa la situazione di tali procedimenti disciplinari per la redazione della relazione del RPC;
2. il personale che riceve segnalazioni da soggetti interni o esterni inerenti la materia della corruzione o l'illegalità sono tenuti ad informare il responsabile per la Prevenzione della Corruzione e a garantire l'anonimato del segnalante;
3. l'ufficio supporto amministrativo alla formazione provvede ad informare il Responsabile per la Trasparenza e il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione circa la partecipazione a convegni o corsi di aggiornamento o altra attività formativa con spese sponsorizzate da ditte esterne autorizzati dal direttore di AOF/Dipartimento/Direttore di direzione medica (par. 17 punto K.) secondo uno schema in excel, che, a partire dal 2016, viene pubblicato sul sito aziendale;
4. il Responsabile per la Trasparenza compila per la parte di competenza la relazione annuale su schema ANAC;
5. il Responsabile per la Trasparenza si coordina con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione con riferimento all'efficace attuazione del presente Piano;
6. i Referenti del RPC inviano, al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, entro il termine del **30 novembre**, una relazione sulle attività di monitoraggio realizzate e sull'effettiva attuazione o sullo stato di implementazione delle misure atte a prevenire il rischio di corruzione indicando anche le eventuali nuove misure necessarie ad incrementare l'azione preventiva.
7. Tutti i dirigenti dei Servizi/UU.OO. sono tenuti a segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia costituente la mancata attuazione del presente Piano, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure, nel caso in cui non rientrino nella propria competenza dirigenziale, proponendo al superiore gerarchico o al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione le azioni necessarie;
8. I Responsabili della individuazione, produzione, elaborazione e pubblicazione dei dati, individuati nell'allegato D (*tabella degli obblighi di pubblicazione*) del presente piano, nella loro qualità di referenti, sono tenuti ad informare il Responsabile per la trasparenza dell'introduzione di nuovi oneri di pubblicazione nella normativa di settore di loro competenza, al fine di individuare le misure e le modalità necessarie per il loro adempimento.

26. RELAZIONE DEL RESPONSABILE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DEL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA

Entro il 15 dicembre di ogni anno, o diverso termine stabilito dall'ANAC, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e il Responsabile per la Trasparenza provvedono a redigere una relazione (su schema ANAC) diretta a riepilogare l'attività svolta e 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.

PARTE II

**PIANO AZIENDALE PER L'ATTUAZIONE
DELLA TRASPARENZA**

1. PREMESSA

Il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”), così come modificato dal d.lgs. 25 maggio 2016, n.97, all’articolo 1 definisce la trasparenza “come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di 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, di 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.”

Il Piano aziendale per l’attuazione della trasparenza è la sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione nella quale 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) che 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”.

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 dal decreto legislativo n. 97 del 2016.

All’articolo 2 della legge provinciale n. 4/2014 sono pertanto elencati gli obblighi di pubblicazione disciplinati da disposizioni provinciali e riferiti a:

1. procedimenti e agli atti amministrativi, in osservanza della legge provinciale 30 novembre 1992, n. 23 (legge provinciale sull’attività amministrativa), nonché ai provvedimenti di concessione di vantaggi economici ai sensi dell’articolo 31 bis della medesima legge provinciale;
2. interventi finanziari provinciali previsti dall’anagrafe di cui alla legge provinciale 19 novembre 1979, n. 10 (istituzione di un’anagrafe degli interventi finanziari provinciali);
3. incarichi retribuiti di studio ricerca e consulenza e di collaborazione di cui al capo I bis (articoli 39 quater e seguenti) della legge provinciale 19 luglio 1990, n. 23 (legge provinciale sui contratti);
4. incarichi per l’esecuzione di lavori pubblici di cui alla legge provinciale 10 settembre 1993, n. 26 (legge provinciale sui lavori pubblici);
5. incarichi conferiti al personale provinciale ai sensi degli articoli 47 e 47 bis della legge provinciale 3 aprile 1997, n. 7 (legge provinciale sul personale);

6. processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche e la trasparenza dell'attività di pianificazione e governo del territorio applicando la legislazione provinciale di settore;
7. controlli sulle imprese, ai sensi dell'articolo 4 della legge provinciale n. 10 del 2012.

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*”.

Sono pertanto direttamente applicabili all'Azienda, quale ente strumentale della PAT le disposizioni del d.lgs. n. 33/2013 di seguito elencate:

Art. 12 - Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale.

Art. 14 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo.

Art. 22 - Obblighi di pubblicazione dei dati relativi agli enti pubblici vigilati, e agli enti di diritto privato in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato

Art. 29 - Obblighi di pubblicazione del bilancio, preventivo e consuntivo, e del Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, nonché dei dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi.

Art. 30 - Obblighi di pubblicazione concernenti i beni immobili e la gestione del patrimonio.

Art. 31 - Obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione.

Art. 32 - Obblighi di pubblicazione concernenti i servizi erogati.

Art. 33 - Obblighi concernenti i tempi di pagamento dell'amministrazione.

Art. 36 - Pubblicazione delle informazioni necessarie per l'effettuazione di pagamenti informatici.

Art. 37 - Obblighi di pubblicazione concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

Art. 40 - Pubblicazione e accesso alle informazioni ambientali.

Art. 41 - Trasparenza del Servizio sanitario nazionale.

Art. 42 - Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente.

2. COLLEGAMENTO CON LA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE: PIANO DI SETTORE

Le attività e gli interventi di attuazione degli obblighi in materia di trasparenza costituiscono obiettivi specifici del *Piano di settore Gestione rischi corruzione e trasparenza* inserito nel Programma annuale di Attività, che viene allegato al provvedimento di adozione del bilancio di previsione annuale e pluriennale dell'Azienda. Ciò anche in applicazione dell'articolo 5, comma 5, della legge provinciale sulla trasparenza (Lp 4/2014).

Il Programma di attività è il documento nel quale sono evidenziati gli obiettivi annuali assegnati alle articolazioni organizzative fondamentali e specificati, per ogni ambito territoriale, i servizi assicurati e le risorse umane assegnate.

L'obiettivo primario in materia di trasparenza è quello del rispetto degli obblighi di pubblicazione, con riferimento alla tempistica di pubblicazione stabilita dalla normativa e al grado di completezza, aggiornamento ed apertura dei dati pubblicati sul sito istituzionale.

Altro obiettivo è quello del rispetto dei termini di risposta alle istanze di accesso civico "semplice" e "generalizzato" che pervengono in Azienda.

Il referente aziendale ("owner") per il Piano di settore Gestione rischi corruzione e trasparenza, individuato nel RPC, articola gli obiettivi di budget per le strutture coinvolte che vengono quindi inseriti nelle singole schede di budget, effettua il monitoraggio degli obiettivi e, a fine anno, ne attesta il grado di raggiungimento alla direzione aziendale (si vedano i paragrafi 9 e 10).

Va sottolineato che "la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali" (articolo 10, comma 3, del d.lgs. n. 33/201

3. IMPATTO DELL'EMERGENZA DA COVID-19 SUGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA

Con riferimento all'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 14, comma 4, lett. g), del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, l'ANAC, con deliberazione n. 294 del 13 aprile 2021, nell'individuare gli obblighi oggetto della medesima attestazione, ha fissato il termine per la rilevazione dei dati pubblicati al 31 maggio 2021 e quello della pubblicazione dell'attestazione alla data del 30 giugno 2021.

4. STATO DI ATTUAZIONE IN APSS DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA PIÙ SIGNIFICATIVI E DI MAGGIORE IMPATTO ORGANIZZATIVO

4.1 OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE CONCERNENTI I TITOLARI DI INCARICHI POLITICI, DI AMMINISTRAZIONE, DI DIREZIONE O DI GOVERNO E I TITOLARI DI INCARICHI DIRIGENZIALI

Con l'entrata in vigore del decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, sono stati estesi ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo e ai titolari di incarichi dirigenziali gli obblighi di pubblicazione contenuti nell'articolo 14 del D.lgs.33/2013, in precedenza riservato ai titolari di incarichi politici, mentre l'articolo 15 è stato riferito ai soli titolari di incarichi di consulenza e collaborazione.

Con specifico riferimento alla dirigenza sanitaria, l'art. 41 comma 3, del D.lgs.33/2013 ha mantenuto formalmente il rinvio all'art. 15 della decreto legislativo (riferito ai consulenti e collaboratori), estendendo contestualmente gli obblighi di pubblicazione anche ai dirigenti responsabili di struttura semplice.

L'applicazione alla dirigenza delle disposizioni contenute nell'articolo 14 del D.lgs. n. 33/2013 è stata oggetto di specifici ricorsi fino alla questione di legittimità costituzionale sollevata dal TAR del Lazio relativamente al quale la Corte Costituzionale si è pronunciata con sentenza n. 20 del 21 febbraio 2019.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale sopra menzionata, con delibera n. 586 del 26 giugno 2019, ha fornito nuove indicazioni sull'applicazione dell'articolo 14 del d.lgs. n. 33/2013 e, in particolare, in relazione alla dirigenza sanitaria a cui fa riferimento l'articolo 41 del d.lgs. 33/2013 «*Trasparenza del servizio sanitario nazionale*» ha confermato l'assoggettamento alla disciplina dell'articolo 14 con le distinzioni di seguito descritte:

- "i dirigenti del SSN che rivestono le posizioni elencate dall'art. 41, co. 2 d.lgs. 33/2013, ossia il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non ("dirigenti apicali"), sono interamente assoggettati all'art. 14, co. 1, ivi compresa la lett. f), come previsto dalla Delibera 241/2017;
- i dirigenti di strutture semplici non sono assoggettati alla lettera f);
- rimangono totalmente esclusi dall'applicazione dell'art. 14 i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, che non rivestono alcuna delle posizioni indicate all'art. 41, co. 2

Riguardo alla tempistica di pubblicazione, la medesima delibera prevede la pubblicazione dei dati e dei documenti di cui all'articolo 14 del d.lgs. n. 33/2013 anche per il periodo pregresso.

L'interpretazione estensiva data dall'ANAC rispetto alla sentenza della Corte Costituzionale per la individuazione delle figure dirigenziali soggette all'obbligo di cui all'art. 14 comma 1 lett. f) ha determinato per le amministrazioni interessate difficoltà applicative non di poco conto.

Alcune organizzazioni sindacali hanno diffidato le amministrazioni ad applicare le disposizioni contenute nella delibera ANAC.

La confederazione sindacale della dirigenza *Cosmed* ha presentato ricorso dinanzi al TAR del Lazio per l'annullamento, previa sospensiva, della delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019 e dei provvedimenti con i quali l'Azienda sanitaria di Matera ha chiesto ai propri dirigenti di struttura complessa di produrre le dichiarazioni dei redditi e le dichiarazioni sulla situazione patrimoniale.

In questo contesto l'APSS nel mese di novembre 2019, su indicazione degli uffici provinciali competenti (nota prot. az. n. 0152370 di data 07/10/2019) ha provveduto a pubblicare, per il personale dirigente individuato dall'articolo 41, commi 2 e 3, del d.lgs. n. 33/2013, i dati relativi ai compensi ed agli emolumenti complessivi percepiti con oneri a carico della finanza pubblica relativamente agli anni 2016, 2017 e 2018 e le dichiarazioni relative alle cariche assunte e agli incarichi ricoperti comunicate dai dirigenti.

Con ordinanza del 20 novembre 2019 il TAR Lazio **ha sospeso** l'efficacia della deliberazione n. 775 del 2019 dell'Azienda sanitaria locale di Matera nella quale si impone **la pubblicazione dei dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti sanitari titolari di struttura complessa.**

Con comunicato del Presidente del 4 dicembre 2019 l'ANAC informava che, a seguito di incontri con i rappresentanti della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome e della Conferenza dei Presidenti delle Assemblee legislative delle Regioni e Province autonome, in merito agli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 14 comma 1 bis dei dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti da queste dipendenti dopo la sentenza della Corte Costituzionale 20/2019 e in attesa di un intervento legislativo chiarificatore è

demandata, nella fase transitoria, alle Regioni l'identificazione entro il 1° marzo 2020 degli strumenti per l'attuazione della norma in oggetto.

Con delibera n. 1126/2019 l'ANAC ha pertanto disposto il rinvio dell'attività di vigilanza sulla pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti da queste dipendenti alla data del 1 marzo 2020 e per i dirigenti del SSN fino alla definizione nel merito del giudizio del TAR Lazio.

Successivamente il Decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 "Milleproroghe" (convertito dalla L. 28 febbraio 2020, n. 8), all'articolo 1, comma 7, 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, del d.lgs. n. 33/2013 che devono essere pubblicati con riferimento ai titolari di incarichi amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali comunque denominati, **nonché ai dirigenti sanitari di cui all'articolo 41, comma 2**, dello stesso decreto legislativo, ai soggetti di cui all'articolo 14, comma i-bis, del d.lgs. n. 33/2013 non si applicano le misure sanzionatorie previste dagli articoli 46 e 47 del medesimo decreto legislativo. Nel decreto legge sono inoltre dettati i criteri da seguire nell'individuazione dei dati: graduazione degli obblighi di pubblicazione dei dati di cui al comma 1, lettere b) (curriculum) ed e) (gli altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e l'indicazione dei compensi spettanti) in relazione al rilievo esterno dell'incarico, al livello di potere gestionale e decisionale esercitato e previsione della sola comunicazione alle amministrazioni di appartenenza dei dati relativi alle dichiarazioni reddituali e patrimoniali.

Con deliberazione n. 90 del 30 gennaio 2020 la Giunta provinciale di Trento ha disposto la sospensione della pubblicazione dei dati di cui all'art. 75 ter, comma 2, lett. b bis) n. 5 della legge provinciale 3 aprile 1997, n. 7 (corrispondenti a quelli indicati alla lettera f) dell'art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013) e ha dato mandato al Dipartimento Organizzazione, personale e affari generali di fissare modalità e tempi per la comunicazione e la pubblicazione dei medesimi, in analogia alle indicazioni che saranno contenute nel regolamento statale.

In data 20 novembre 2020 il **TAR Lazio con sentenza n. 12288** ha annullato la delibera n. 586/2019 con la quale ANAC aveva approvato nuove linee guida sull'applicazione dell'articolo 14 prevedendo, per gli enti del SSN, l'assoggettamento dei dirigenti (dal vertice fino ai dirigenti di struttura complessa compresi) a tutto l'articolo 14 (dichiarazioni reddituali e patrimoniali comprese) e, per i dirigenti di struttura semplice tutti gli obblighi tranne la lettera f). I dirigenti non responsabili di struttura erano esclusi da tutti gli obblighi di pubblicazione. Con la medesima sentenza è stato annullato il provvedimento con il quale l'Asl di Matera aveva chiesto ai dirigenti di struttura complessa di produrre le dichiarazioni reddituali e patrimoniali ai fini della pubblicazione.

Con il Decreto legge 31 dicembre 2020 n. 183 "Milleproroghe", art. 1, comma 16, il termine entro il quale dovrà essere adottato il regolamento interministeriale sull'applicazione dell'articolo 14 alla dirigenza è slittato al 30 aprile 2021 e fino alla medesima data sono sospese le sanzioni ad esso collegate.

In ambito provinciale la L.P. 4 agosto 2021, n. 18 ha abrogato l'art. 75 ter della legge provinciale sul personale della provincia, articolo che dettava le "*Disposizioni in materia di trasparenza delle informazioni sul lavoro pubblico provinciale*".

Ciò determina che, ai sensi dell'art. 3 della legge provinciale sulla trasparenza n. 4/2014, APSS, in quanto ente strumentale della Provincia, adempie agli obblighi di trasparenza in materia di personale individuati dal d.lgs. n. 33/2013 e ss.mm..

Tenuto conto che l'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 prevede la pubblicazione dei dati riferiti ai dirigenti di struttura complessa e di struttura semplice entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e non più alla situazione esistente a fine anno come precedentemente disposto dall'art. 75 ter della LP 7/1997, ora abrogato) e che nel nuovo sito APSS è presente per ciascun dirigente una scheda nella quale si possono caricare i dati e i documenti da pubblicare, detta scheda sarà progressivamente alimentata con gli atti di conferimento dell'incarico e gli altri documenti richiesti dalla normativa.

4.2 CONSULENTI E COLLABORATORI

La pubblicazione degli incarichi di consulenza e collaborazione è effettuata dall'APSS in applicazione dell'articolo 39 undecies della legge provinciale 19 luglio 1990, n. 23 (legge sui contratti e sui beni provinciali) e delle circolari applicative emanate dalla Provincia Autonoma di Trento.

La legge provinciale sulla trasparenza prevede inoltre che "sono resi pubblici anche gli incarichi per la rappresentanza in giudizio, per il patrocinio dell'amministrazione, le nomine di consulenti tecnici di parte e gli incarichi per il ricorso alle funzioni notarili; in particolare sono pubblicati gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, la descrizione dettagliata dell'oggetto dell'incarico, la durata, il soggetto percettore, la ragione dell'incarico e l'ammontare erogato nonché l'ammontare di eventuali rimborsi a qualsiasi titolo percepiti." I dati oggetto di pubblicazione sono inseriti dai referenti aziendali nell'applicativo *People soft* e sono comunicati al Dipartimento della Funzione Pubblica attraverso il portale Perla.PA – Anagrafe prestazioni.

Gli incarichi per l'esecuzione dei lavori pubblici sono pubblicati nel Sistema informativo Contratti Osservatorio PAT, in conformità a quanto disposto dall'articolo 10 della legge provinciale 10 settembre 1993, n. 26 (legge provinciale sui lavori pubblici 1993) (articolo 2, comma 4 della lp 4/2014).

Al fine di adempiere in autonomia alle pubblicazioni richieste dalla normativa, anche per il caso di malfunzionamento del portale Perla.PA, si è mantenuta la registrazione degli incarichi di consulenza e collaborazione nell'applicativo aziendale *People soft* e sono state avviate le necessarie procedure per uno sviluppo del programma che consentirà a regime l'inserimento di tutti i dati e i documenti previsti dalla normativa e l'avvio di interfaccia con il portale ministeriale.

Nel corso del 2019 sono state implementate le prime nuove funzionalità al software aziendale che hanno consentito l'inserimento dei dati relativi ai pagamenti effettuati in relazione agli incarichi di consulenza e collaborazione e alla tipologia degli incarichi conferiti.

Nel corso del 2020 è stato introdotto un ulteriore automatismo che consente la estrapolazione bisettimanale dei dati presenti nell'applicativo *People soft* e la loro tempestiva pubblicazione sul sito in applicazione della legge.

Per gli incarichi conferiti a far data dal 1° agosto 2021 è stata attivata la funzionalità che consente l'inserimento in *Peoplesoft* dei CV e delle dichiarazioni contenenti i "dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali".

Prossimo obiettivo individuato è l'attivazione di un sistema di estrazione e trasmissione dei dati dall'applicativo Peoplesoft al portale Perla.PA. Ad oggi i referenti aziendali inseriscono i dati relativi agli incarichi di consulenza e collaborazione sia in Peoplesoft che in Perla.pa. L'attività che consentirà l'attivazione del collegamento tra i due applicativi e consentirà di evitare il doppio inserimento degli incarichi inizierà nel 2022 e si concluderà nel corso del 2023.

4.3 ATTIVITÀ E PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI

A seguito delle rilevanti modifiche introdotte nell'assetto organizzativo dell'Azienda che hanno portato ad una revisione delle competenze in capo alle strutture aziendali e in vista della conclusione della fase di sperimentazione del nuovo modello organizzativo si è reso necessario procedere alla ricognizione dei procedimenti amministrativi di competenza dell'Azienda e alla revisione delle informazioni relative ai medesimi procedimenti. Con deliberazione n. 200 del 27 aprile 2020 si è provveduto pertanto ad aggiornare l'elenco dei procedimenti amministrativi di Apss e dei termini massimi di conclusione degli stessi.

Relativamente agli esiti dei risultati del monitoraggio periodico sui termini di conclusione dei procedimenti va precisato che:

- la pubblicazione è disposta dall'articolo 1, comma 28, della legge n. 190/2012;
- il d.lgs. 97/2016 ha abrogato l'art. 24 del d.lgs. 33/2013 che prevedeva la pubblicazione sia dei dati aggregati sull'attività amministrativa sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012;
- l'ANAC, nella delibera n. 1310/2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016" ha precisato che, pur rilevandosi un difetto di coordinamento con la l. 190/2012, il monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, in virtù dell'art. 1, co. 28, della l. 190/2012, costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione;
- in ambito provinciale detta pubblicazione è prevista dall'art. 3, comma 9, della legge provinciale sull'attività amministrativa (lp n. 23/1992).

Con il Decreto Legge 16 luglio 2020, n. 76 "Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale" convertito con legge 11 settembre 2020, n. 120, sono state introdotte all'articolo 12 alcune modifiche alla normativa sul procedimento amministrativo.

In particolare, all'articolo 2 della legge 241/90, dopo il comma 4, viene inserito il 4-bis, il quale prevede che "*Le pubbliche amministrazioni misurano e rendono pubblici i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite modalità e criteri di misurazione dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti di cui al primo periodo*".

Il medesimo Decreto legge dà un importante impulso alla digitalizzazione sottolineando la necessità di agire nei rapporti interni, tra le diverse amministrazioni e tra queste e i privati mediante l'utilizzo di strumenti informatici e telematici.

Alla luce della nuova organizzazione aziendale che sarà approvata nel 2022 si renderà necessaria l'aggiornamento dell'elenco dei procedimenti amministrativi.

4.4 LISTE DI ATTESA

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari, nella sezione dedicata alle "liste di attesa" fornisce le informazioni utili sulle modalità di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, accesso che avviene tramite prenotazione telefonica al Centro Unico di Prenotazione (CUP) o attraverso il link "CUP online" che fornisce la prima data disponibile per tutte le strutture che erogano le prestazioni richieste. Da inizio della pandemia da Covid-19 (tuttora in corso), gli sportelli fisici per l'accesso alla prenotazione sono chiusi.

Nella medesima sezione sono pubblicati i tempi massimi di attesa per le visite/prestazioni specialistiche ambulatoriali e per le prestazioni di ricovero.

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari a partire dal 1° gennaio 2019 ha predisposto un sistema di rilevazione dei tempi di attesa delle visite e prestazioni ambulatoriali, con il quale vengono monitorate e aggiornate giornalmente 42 visite ed esami diagnostici, che sono le prestazioni monitorate dal Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) e le prestazioni obiettivo della Giunta Provinciale della Provincia Autonoma di Trento.

A febbraio 2019 è stato approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il nuovo Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) 2019-2021.

La Giunta Provinciale della Provincia Autonoma di Trento, con deliberazione n. 696 del 17 maggio 2019 ha recepito le direttive del Piano Nazionale ed ha approvato il "Piano attuativo provinciale per il contenimento dei tempi d'attesa per il triennio 2019-2021".

L'Azienda provinciale per i servizi sanitari ha recepito il Piano attuativo provinciale e, con deliberazione del direttore generale n. 517 di data 24 settembre 2019, è stato adottato il Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021.

Le principali novità introdotte dal Piano la cui attuazione è stata rallentata a seguito dei problemi organizzativi connessi alla pandemia, sono le seguenti:

- l'uso sistematico dei seguenti campi: tipo di accesso (prima visita/prestazione diagnostica o accessi successivi); quesito diagnostico; classi di priorità;
- l'utilizzo delle lettere di priorità clinica attualmente in uso a livello nazionale, in coerenza con le indicazioni del DM 17.3.2008: codice RAO A = U (tempo di attesa 3 giorni), codice RAO B = B (tempo di attesa 10 giorni), codice RAO C = D (tempo di attesa 30 giorni), codice RAO E oppure senza priorità = P (tempo di attesa 90 giorni).. L'attuale classe "RAO P" non sarà più utilizzata in quanto l'informazione riferita alle prestazioni di controllo e di follow-up sarà garantita tramite l'utilizzo del nuovo campo obbligatorio "tipo di accesso", che permetterà di identificare gli "accessi successivi", differenziandoli dai "primi accessi". I nuovi "codici lettera" (U, B, D, P) saranno progressivamente introdotti e la definitiva sostituzione sarà avviata nel corso del primo semestre 2020;

- il monitoraggio dei tempi di attesa sarà effettuato su 69 prestazioni specialistiche ambulatoriali anziché sulle attuali 42 previste dal precedente PNGLA. Il tempo massimo di attesa dovrà essere garantito almeno per il 90% delle prenotazioni con classi di priorità B (10 giorni) e D (30 giorni). A decorrere dal 1 gennaio 2020, il monitoraggio sarà esteso anche alla classe di priorità P (90 giorni).
- il monitoraggio dei tempi di attesa per 17 prestazioni in regime di ricovero ordinario e diurno. Il monitoraggio sarà effettuato per la classe di priorità "A" (30 giorni di tempo di attesa), con valore soglia che dal 2021 sarà del 90 %;
- il monitoraggio del tempo di attesa previsto per visite ed esami diagnostici di "primo livello" per ambiti territoriali di prossimità alla residenza dell'utente, secondo indicazioni concordate con l'Assessorato competente;
- alcuni indicatori, consultabili online, che, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali oggetto di monitoraggio e per le eventuali prestazioni oggetto degli obiettivi assegnati dalla PAT all'Azienda provinciale per i servizi sanitari, permetteranno di visualizzare i tempi di attesa aggiornati.

In coerenza con quanto previsto dal Piano aziendale per il contenimento dei tempi di attesa, il monitoraggio quotidiano dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali è stato ampliato a 60 prestazioni, in attesa degli aggiornamenti previsti dalle direttive del Osservatorio nazionale sulle Liste di Attesa (OLdA).

4.5 APPALTI DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

L'articolo 4 bis della legge provinciale 31 maggio 2012, n. 10, recante: "**Obblighi di trasparenza in capo alle stazioni appaltanti: adeguamento all'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione)**", prevedeva che alle finalità di trasparenza dell'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 provvedesse la Provincia mediante l'osservatorio contratti pubblici e prezzario provinciale. (abrogato dall'art. 13 della l.p. 6 agosto 2019, n. 5).

La legge finanziaria provinciale (articolo 3 , comma 8, lp 29 dicembre 2016, n. 19) ha previsto che entro il 30 giugno 2017 "... la Provincia, nell'ambito dell'adempimento degli obblighi di trasparenza in capo alle stazioni appaltanti in base all'articolo 2, comma 6, della legge provinciale n. 4 del 2014, assicura quelli riferiti agli atti e alle informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50".

La legge provinciale 9 marzo 2016, n. 2 (legge provinciale di recepimento delle direttive europee in materia di contratti pubblici), modificata dalla la legge provinciale 6 agosto 2020, n. 6, all'articolo 4 bis - Sistema informatico provinciale per l'assolvimento degli obblighi informativi e di pubblicità in materia di contratti pubblici – prevede che “

1. La Provincia, in attuazione dell'articolo 3, comma 8, recante disposizioni in materia di trasparenza, della legge provinciale 29 dicembre 2016, n. 19, mette a disposizione delle amministrazioni aggiudicatrici e degli altri soggetti tenuti all'applicazione dell'ordinamento provinciale in materia di contratti pubblici, il sistema informatico dell'osservatorio provinciale dei contratti pubblici per l'adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione dei dati, dei documenti e delle informazioni concernenti i contratti pubblici di lavori, servizi e forniture ai sensi del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 (Riordino

della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni).

2. **A decorrere dal 1° gennaio 2021** le amministrazioni aggiudicatrici e gli altri soggetti tenuti all'applicazione dell'ordinamento provinciale in materia di contratti pubblici, inseriscono sul sistema informatico dell'osservatorio provinciale dei contratti pubblici i dati, i documenti e le informazioni concernenti i contratti pubblici, rilevanti ai fini dell'adempimento degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione ai sensi della normativa di settore.

3. Ai fini del rispetto delle disposizioni in materia di pubblicità e trasparenza nell'ambito dei contratti pubblici, le pubblicazioni sul sito istituzionale dell'amministrazione aggiudicatrice possono essere assolte con la pubblicazione del collegamento ipertestuale all'osservatorio provinciale dei contratti pubblici.

Fino a dicembre 2020 APSS ha assolto agli obblighi di comunicazione e pubblicazione dei dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 mediante l'utilizzo del Sistema informativo contratti pubblici della PAT e degli atti di cui al d.lgs. n. 50/2016 (codice appalti) attraverso la pubblicazione delle cartelle lavoro nelle quali venivano inseriti gli atti riferiti ad una medesima gara.

Per approfondimento in materia di appalti in emergenza Covid-19 si veda il par. 11.2.1 del presente PTPC.

5. 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 ai dati e ai 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 al nuovo 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, in accordo il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione 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. Allo scopo è attivato 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 si è ritenuto utile nel contempo, 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.

Si è provveduto inoltre a pubblicare sul sito istituzionale nella sezione dell'amministrazione trasparente dedicata all'accesso civico il registro degli accessi contenente i dati relativi alle istanze di accesso civico e di accesso civico generalizzato pervenute in APSS, che sarà aggiornato secondo le indicazioni contenute nella delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016 e nella circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 2/2017.

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.AC. - Delibera n. 1309/2016.

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 che contiene 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 obbligatoria di determinati provvedimenti previsti dal T.U. 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 contenente 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 personale dipendente, consulenti e collaboratori, ecc.: la pubblicazione dei cv 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 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 relativi 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.

7. CONFIGURAZIONE DELLA SEZIONE AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE: OBBLIGHI E TEMPSTICA DI PUBBLICAZIONE

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 D** riporta, per ciascuna articolazione della sezione "Amministrazione trasparente", gli obblighi di pubblicazione come elencati nella delibera dell'ANAC n. 1310/2016, 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 venti 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 di cui è prevista la pubblicazione sul sito APSS e del loro tempestivo aggiornamento è in capo ai dirigenti delle strutture individuate nel Piano aziendale per l'attuazione della trasparenza: gli stessi si avvalgono di referenti operativi, che si interfacciano direttamente con il Responsabile per la 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.

Il Responsabile per la Trasparenza controlla periodicamente la tempestività degli aggiornamenti, collabora con le strutture aziendali responsabili della pubblicazioni per agevolare l'operato e segnala ove occorra ai responsabili la necessità di implementare la pubblicazione dei dati in caso di omissioni o ritardi, coordinandosi con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

Nella **tabella allegato E**, parimenti allegata, sono elencate **ulteriori misure di trasparenza**, aggiuntive rispetto agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa nazionale e provinciale in materia.

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.

7.1 PORTALE “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE” e SITO WEB AZIENDALE

L'ANAC, con delibera n. 243/2020, ha previsto che gli Organismi indipendenti di valutazione (per APSS il Nucleo di Valutazione) attestino l'assenza di filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione “Amministrazione trasparente”, salvo le ipotesi consentite dalla normativa vigente. Come riportato nella delibera ANAC si tratta di un “adempimento (artt. 7 e 9 del dlgs 33/2013) strettamente connesso alla realizzazione della piena trasparenza amministrativa e alla effettiva disponibilità e riutilizzabilità dei dati pubblicati. Tale attestazione è stata richiesta anche con delibera ANAC n. 294/2021.

A supporto dell'attestazione del Nucleo di Valutazione, il direttore del Dipartimento tecnologie, su richiesta del Responsabile della Trasparenza, ha certificato le caratteristiche richieste anche per il 2021.

8. COMPITI DEL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

Il Responsabile 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 che, in base al piano per la trasparenza, sono 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 per la 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 inoltre al Nucleo di valutazione della dirigenza i casi d'inadempimento per i quali sono previste sanzioni amministrative.

Il Responsabile della Trasparenza assicura inoltre supporto al Nucleo di Valutazione della dirigenza in funzione di organismo indipendente di valutazione (OIV), particolarmente per la annuale attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione individuati con provvedimento dell'ANAC.

Si coordina con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, favorendo il collegamento tra il Piano per la trasparenza e il Piano per la prevenzione della corruzione.

8.1 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.

L'adempimento puntuale delle attività in materia di trasparenza è previsto nel Piano di settore gestione rischi corruzione e attuazione della trasparenza.

Ai fini di garantire il raggiungimento degli obiettivi in materia di trasparenza si prevede, a cura del Responsabile della Trasparenza, la effettuazione di incontri annuali con le strutture aziendali responsabili della individuazione, produzione, elaborazione e della

pubblicazione dei dati nonché il monitoraggio periodico, con cadenza semestrale, oltre a singoli controlli a campione nel corso del semestre sullo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza.

Il Responsabile per la Trasparenza 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";
- appositi incontri annuali con i responsabili della individuazione, produzione, elaborazione e della pubblicazione dei dati dei quali sono stati redatti verbali.

Si è ritenuto utile dal 2021 integrare le modalità del monitoraggio sul rispetto degli obblighi di pubblicazione tramite la produzione al Responsabile della Trasparenza di una attestazione sullo stato di attuazione degli obblighi di competenza da parte dei Responsabili della individuazione, produzione, elaborazione e pubblicazione dei dati, secondo un modello appositamente predisposto.

I Responsabili dovranno 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.

9. NUCLEO DI VALUTAZIONE: COMPITI IN MATERIA DI TRASPARENZA E RACCORDO CON IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

Al Nucleo di Valutazione spetta, ai sensi dell'articolo 2 comma 8 della legge provinciale sulla trasparenza, l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza che a livello nazionale sono demandati agli Organismi indipendenti di valutazione (OIV).

Il Nucleo di Valutazione aziendale si coordina a tal fine con il Responsabile per la Trasparenza che fornisce allo stesso gli elementi conoscitivi necessari per tale adempimento.

Il Responsabile per la Trasparenza si attiva inoltre, in caso di accertati inadempimenti rilevati nella sua attività di monitoraggio, nei confronti dei dirigenti competenti alla trasmissione dei dati richiesti dal Piano per la trasparenza: in tali casi, sentito il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e 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.

10. SANZIONI

Le fattispecie previste dall'art. 47 del D. Lvo 33/2013 che nella precedente formulazione non interessavano per la loro specificità la realtà aziendale, con le modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016, che prevede l'estensione degli obblighi di pubblicazione previsti dall'articolo 14 del d.lgs. 33/2013 ai titolari di incarichi dirigenziali, sono ora applicabili all'Azienda.

In particolare l'articolo 47 del d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, prevede:

- al comma 1 una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della mancata comunicazione 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 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, nonché nei confronti del responsabile della mancata pubblicazione dei dati di cui al medesimo articolo. 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).

Le sanzioni di cui al comma 1 sono irrogate da ANAC.

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 mille proroghe) 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 i-bis, del d.lgs. n. 33/2013 **non si applicano le misure sanzionatorie previste dagli articoli 46 e 47 del medesimo decreto legislativo.**

Con il Decreto legge 31 dicembre 2020, n. 183 “Milleproroghe” il termine entro il quale dovrà essere adottato il regolamento interministeriale sull'applicazione dell'articolo 14 alla dirigenza è slittato al 30 aprile 2021 e fino alla medesima data sono sospese le sanzioni ad esso collegate.

- Allegati parte integrante del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della Trasparenza 2019-2020-2021

- A) ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO
- B) TABELLA DEI PROCESSI, RISCHI E MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
- C) TABELLA PROCESSI, RISCHI E MISURE PER I SERVIZI VETERINARI
- D) TABELLA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
- E) TABELLA DELLE MISURE DI TRASPARENZA AGGIUNTIVE

§ Aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per l'attuazione della trasparenza 2021-2022-2023

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari 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 per la Trasparenza (trasparenza@apss.tn.it) o al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e alla struttura di Audit (anticorruzione@apss.tn.it)

Principali abbreviazioni

ANAC	Autorità Nazionale anticorruzione
APSS	Azienda provinciale per i servizi sanitari della Provincia autonoma di Trento
APAC	Agenzia provinciale per gli Appalti e i Contratti
DEC	Direttore dell'esecuzione del contratto
DL	Direttore dei lavori
PTPC	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza
PA	Pubblica Amministrazione
PAT	Provincia Autonoma di Trento
RPC	Responsabile per la prevenzione della corruzione
RT	Responsabile per la trasparenza
RUP	Responsabile unico del procedimento
SOP	Servizio ospedaliero provinciale

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 Piano	Deliberazione Direttore Generale n. ____ del ____/04/2022

