

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2018-2020

INDICE

Legenda delle abbreviazioni utilizzate	4
PREMESSA	5
a) Quadro normativo	5
b) Concetto di corruzione	5
c) Principali strumenti per la prevenzione della corruzione	5
d) Il P.T.P.C.T.	6
Introduzione	7
1. Soggetti e ruoli nella strategia di prevenzione	10
1.1. Soggetti operanti a livello nazionale	10
1.2. Soggetti per la prevenzione del rischio a livello decentrato dell’Azienda	10
1.2.1. Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	10
1.2.2. Il Direttore generale	11
1.2.3. I referenti per la prevenzione	11
1.2.4. I dirigenti per l’area di rispettiva competenza	11
1.2.5. U.P.D. per i procedimenti disciplinari	11
1.2.6. Tutto il personale dell’Azienda	12
1.2.7. I collaboratori a qualsiasi titolo dell’amministrazione.....	12
1.2.8. Il Responsabile per l’Anagrafe Unica (RASA)	12
1.2.9. Il Gestore per la segnalazione anticiriclaggio	12
2. Aree a rischio corruzione	13
2.1. Mappatura dei processi decisionali	13
2.2. Monitoraggio dei termini procedurali	14
2.3. Aree a rischio generali e specifiche	15
3. Misure per contrastare il fenomeno della corruzione	332
3.1. Misure obbligatorie	33
3.2. Misure ulteriori.....	37
4. Programma triennale per la trasparenza e l’integrità	39
4.1. Le principali novità	39
4.2. Procedimento di elaborazione e adozione del Programma	40
4.2.1. Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice negli atti di indirizzo	40
4.2.2. Valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati.....	40
4.2.3. Modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento	40
4.2.4. Redazione e adozione	41
4.3. Iniziative di comunicazione della trasparenza	41
4.3.1. Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati	41
4.3.2. Organizzazione e risultati attesi delle Giornate della trasparenza	42
4.4. Processo di attuazione del Programma.....	43
4.4.1. Individuazione delle strutture responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione e dell’aggiornamento dei dati	43
4.4.2. Referenti per la trasparenza.....	43
4.4.3. Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.....	43
4.4.4. Misure di monitoraggio e di vigilanza sull’attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell’attività di controllo dell’adempimento da parte del R.P.C.T.	44
4.4.5. Strumenti e tecniche di rilevazione dell’effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione “Amministrazione trasparente”	44
4.4.6. Accesso civico e accesso civico generalizzato.....	44
4.5. Dati ulteriori.....	46
5. Controllo sull’implementazione delle misure (monitoraggio)	47
6. Gestione del rischio	48
7. Aggiornamento del piano	49
Allegato I: Mappatura dei processi decisionali e analisi del rischio	
Allegato II: Elenco obblighi di pubblicazione vigenti	

Legenda delle abbreviazioni utilizzate

A.N.A.C.	Autorità Nazionale Anticorruzione e per la Valutazione e la Trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche
P.A.	Pubblica Amministrazione
P.N.A.	Piano Nazionale Anticorruzione
P.P.	Piano Performance
P.T.P.C.T.	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
P.T.T.I.	Programma triennale per la trasparenza e Integrità
R.P.C.T.	Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza
S.S.P.	Servizio Sanitario Provinciale
S.N.A.	Scuola Nazionale di Amministrazione
U.P.D.	Ufficio Procedimenti Disciplinari
D.Lgs.	Decreto legislativo
D.L.	Decreto Legge
BPM	Business Process Management

PREMESSA

a) Quadro normativo

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante „Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione dell'illegalità nella pubblica amministrazione“, dispone la creazione di un sistema di prevenzione che interessa sia il livello nazionale, attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) predisposto dal D.F.P. e approvato dalla C.I.V.I.T. il 11.09.2013, sia il livello decentrato ossia ogni amministrazione pubblica, amministrazioni delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano e degli enti locali, nonché degli enti pubblici, che sono tenute ad adottare il proprio Piano di Prevenzione Triennale della Corruzione (P.T.P.C.) ora P.T.P.C.T.

Il Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni e il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 riordinano la disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, prevedendo l'istituto dell'accesso civico da parte di tutti gli interessati e la pubblicazione in formato aperto sul sito istituzionale di una serie di atti amministrativi ed informazioni, nonché l'adozione di un programma triennale per la trasparenza e l'integrità dell'Azienda, il quale ora fa parte del P.T.P.C.T.

Il Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 introduce le "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, comma 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190".

Il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, in attuazione dell'art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, come sostituito dalla legge n. 190, ha approvato il "Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni", contenente la disciplina relativa alla condotta da tenere nei rapporti con la P.A. di appartenenza e con i colleghi e superiori, nonché con l'utenza ed il pubblico.

La legge 7 agosto 2015, n. 124 sottolinea la necessità della precisazione dei contenuti e del procedimento di adozione del P.N.A., dei P.T.P.C.T e della relazione annuale della prevenzione della corruzione.

Il Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 apporta modifiche al Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 in tema di diritto d'accesso e pubblicazione dati e all'articolo 1 della Legge n. 190 del 2012.

Il Piano nazionale anticorruzione (P.N.A.), approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) con delibera n. 72 dell'11 settembre 2013, e l'aggiornamento del P.N.A., approvato dall'A.N.A.C. con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, contengono importanti linee guida per la predisposizione e l'integrazione del P.T.P.C.T

Il Piano nazionale anticorruzione (P.N.A.) 2016 approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) con delibera n. 831 dello 03 agosto 2016 contiene linee guida per la predisposizione e l'integrazione del P.T.P.C.T.

b) Concetto di corruzione

Il concetto di corruzione è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontra l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato, al fine – ma non solo - di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie rispetto alle fattispecie penalistiche, disciplinate dagli artt. 318, 319 e 319ter del codice penale, di ampiezza tale da ricomprendere anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui essa rimanga a livello di tentativo. Come tale, questo concetto deve entrare nella cultura personale di tutti i dipendenti e collaboratori per agevolare scelte operative ispirate alla correttezza e alla legalità.

c) Principali strumenti per la prevenzione della corruzione

I principali strumenti previsti dalla normativa elencata sub punto a) sono:

- il P.N.A. che fornisce direttive alle P.A. per l'elaborazione delle strategie di prevenzione;
- adempimenti di trasparenza;
- adozione del presente P.T.P.C.T;
- adozione del codice di comportamento a livello decentrato di Azienda;

- previsione di rotazione del personale;
- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse ovvero gestione dello stesso in caso di impossibilità conclamata di astensione;
- disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi;
- previsione di incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici, divieto di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la P.A (anche con sentenza non passata in giudicato);
- disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro;
- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito;
- formazione del personale in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione e trasparenza.

d) Il P.T.P.C.T.

Il piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza rappresenta il documento fondamentale dell'Amministrazione per la definizione della strategia di prevenzione all'interno dell'Azienda.

Il Piano è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori individuate utili o necessarie anche soltanto pianificate, mediante coordinamento degli interventi.

Per essere efficace il piano deve essere strutturato come documento di programmazione delle attività e dell'impiego delle risorse umane, con l'indicazione di rischi specifici, obiettivi indicatori, misure in relazione al grado di rischio rilevato, responsabili per l'applicazione della misura e singoli ruoli, nonché della tempistica e delle risorse.

Esso deve inoltre essere coordinato rispetto a tutti gli altri strumenti di programmazione attuati nell'Azienda e soprattutto con l'atto aziendale e con il piano della performance.

È sottoposto a continuo controllo sulla sua effettiva applicazione e sulla sua efficacia preventiva.

Ogni anno il R.P.C.T. elabora una proposta di aggiornamento del piano che viene poi adottata dall'organo di indirizzo politico (il Direttore generale), previo controllo preventivo da parte di quest'ultimo.

Il piano e i suoi aggiornamenti sono pubblicati sul sito internet (www.sabes.it) – Sezione Amministrazione trasparente.

All'interno del Piano sono presenti le seguenti indicazioni:

- a) i **soggetti**: vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità (il responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, i dirigenti, i dipendenti, i referenti);
- b) le **aree a rischio**, che sono frutto della valutazione del rischio, tenendo conto per ora delle aree di rischio obbligatorie;
- c) l'indicazione della **metodologia** per effettuare la valutazione del rischio;
- d) le **misure di contrasto e di prevenzione**;
- e) la **previsione di cicli di formazione e definizione dei destinatari**;
- f) l'adozione di **integrazioni al codice di comportamento dei dipendenti pubblici**;
- g) i **tempi** e le **modalità del riassetto**.

Il piano 2018-2020 tiene conto della mappatura dei processi decisionali monitorati nel corso dell'anno 2017 (vedi allegato I).

Introduzione: organizzazione e funzioni dell'Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, di seguito denominata Azienda Sanitaria, è un ente strumentale della Provincia, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale.

L'Azienda Sanitaria assume le attribuzioni previste per le aziende sanitarie dalla normativa vigente in materia, nonché quelle contenute nel piano sanitario provinciale. All'Azienda Sanitaria compete la strategia aziendale e la programmazione operativa, nonché l'erogazione delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e dei principi di efficienza ed efficacia nell'uso delle risorse disponibili. L'Azienda Sanitaria assicura un'assistenza sanitaria completa alla popolazione e garantisce la continuità assistenziale attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma coordinata e attraverso la collaborazione con il settore sociale, ai fini dell'integrazione socio-sanitaria sull'intero territorio provinciale. Per assolvere a questi compiti l'Azienda Sanitaria opera in conformità a quanto previsto dal piano sanitario provinciale, ai piani di settore nonché agli indirizzi e alle disposizioni della Giunta provinciale.

A tali fini l'Azienda garantisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA), nonché le prestazioni aggiuntive (extra-LEA), definite dalla Giunta Provinciale, avvalendosi di servizi gestiti direttamente dall'Azienda o erogati da altri soggetti pubblici e privati convenzionati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi contrattuali, con il rispetto del vincolo di bilancio.

L'Azienda è consapevole dell'importanza dello sviluppo di forme di collaborazione, sinergie ed integrazioni, persegue i suoi obiettivi orientando l'attività di programmazione aziendale e di gestione nell'ottica di una partecipazione condivisa delle scelte, secondo i rispettivi ambiti di competenza, con le realtà istituzionali locali, quali interlocutrici degli interessi della collettività e quindi chiamate a svolgere un proficuo ruolo di impulso, compartecipazione e controllo dell'operato dell'Azienda.

L'ambito territoriale dell'Azienda è la Provincia Autonoma di Bolzano ed è suddiviso in quattro comprensori sanitari:

1. Comprensorio sanitario di Bolzano;
2. Comprensorio sanitario di Merano;
3. Comprensorio sanitario di Bressanone;
4. Comprensorio sanitario di Brunico.

La Giunta provinciale definisce gli ambiti territoriali dei comprensori sanitari. I comprensori sanitari a loro volta si suddividono in distretti sanitari secondo i bacini di utenza determinati dalle disposizioni vigenti. Ai comprensori sanitari compete, in base al principio di sussidiarietà, la gestione dei servizi sanitari nonché la collaborazione con il settore sociale ai fini dell'integrazione socio-sanitaria nel rispettivo ambito territoriale. In particolare, ai comprensori sanitari compete anche la gestione del rispettivo ospedale comprensoriale con una o, ove previste, più sedi.

Il Distretto sanitario garantisce principalmente la tutela della salute dei cittadini residenti quale centro di riferimento a livello territoriale ed in un contesto caratterizzato da forte e progressiva integrazione con i servizi sociali e la continuità dell'assistenza, anche attraverso il pieno utilizzo delle risorse offerte dalla rete dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta. Inoltre rappresenta il punto di orientamento e di filtro per l'accesso alle prestazioni ospedaliere, specialistiche ambulatoriali ed integrative a carico del Servizio sanitario provinciale.

Nell'Azienda Sanitaria operano i seguenti presidi ospedalieri:

1. Ospedale provinciale di Bolzano;
2. Ospedale comprensoriale di Merano-Silandro, con le sedi di Merano e Silandro;
3. Ospedale comprensoriale di Bressanone-Vipiteno, con le sedi di Bressanone e Vipiteno;
4. Ospedale comprensoriale di Brunico-San Candido, con le sedi di Brunico e San Candido.

I presidi ospedalieri del Servizio sanitario provinciale sono strutture dell'Azienda Sanitaria che svolgono compiti di assistenza ospedaliera secondo le disposizioni di legge, di regolamento nonché le direttive e linee guida contenute nella programmazione sanitaria provinciale e aziendale.

Con deliberazione del Direttore generale del 30 settembre 2013, n. 217 è stato approvato il nuovo Organigramma della dirigenza amministrativa dell’Azienda, pubblicato nel sito web aziendale (www.sabes.it) nella sezione “Amministrazione trasparente”, sotto-sezione “Organizzazione”, “Articolazione degli uffici”.

Con delibera della Giunta provinciale del 21 giugno 2016, n. 689 è stata approvata la bozza del piano sanitario provinciale dell’Alto Adige. Successivamente, in data 29 novembre 2016, con delibera della Giunta provinciale del 21 giugno 2016, n. 689 è stata approvato il piano sanitario provinciale (vedi: <http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/pubblicazioni.asp>).

La **Riforma sanitaria** può essere riassunta con quattro termini: **sicurezza, qualità, appropriatezza e sostenibilità**. Si tratta soprattutto di **rafforzare l’assistenza sanitaria** sul territorio, di **mantenere i sette ospedali** esistenti in Alto Adige, di **ottimizzare l’organizzazione aziendale** ed i processi ed infine di riorganizzare e **migliorare la struttura dirigenziale** e amministrativa.

Il nuovo piano sanitario provinciale dell’Alto Adige stabilisce che la riorganizzazione del sistema sanitario preveda una ridefinizione delle competenze fra la Provincia di Bolzano, la Ripartizione sanità e l’Azienda sanitaria, stabilendo una separazione netta fra la cosiddetta governance, ossia chi stabilisce le linee d’indirizzo della sanità monitorandone la realizzazione, e chi invece è chiamato a dare loro attuazione operativa. Per applicare in modo mirato questo modello di gestione, va garantito fra i vari soggetti coinvolti uno scambio d’informazioni efficace su tutti i dati e le grandezze strutturali rilevanti.

In questo senso, alla Giunta provinciale e alla Ripartizione sanità, oltre alle funzioni istituzionali specifiche – fra cui quella di fungere da interfaccia con le istituzioni nazionali e internazionali – compete la definizione degli orientamenti dell’assistenza sanitaria pubblica, l’allocazione delle risorse finanziarie ed il controllo di gestione (ossia la verifica qualitativa, quantitativa e finanziaria degli obiettivi conseguiti). L’Azienda sanitaria dell’Alto Adige ha invece il compito di dare attuazione operativa alle linee d’indirizzo. Per assicurare l’assistenza, l’Azienda sanitaria può ricorrere anche a servizi erogati da strutture non pubbliche, tenendo presente che il relativo accreditamento istituzionale e l’eventuale stipula di convenzioni – anche nel caso di enti erogatori pubblici – deve avvenire in base a un’analisi del fabbisogno.

Pertanto si delinea il seguente modello di governance:

<i>Provincia Autonoma di Bolzano:</i>	<i>Ripartizione salute:</i>	<i>Azienda sanitaria:</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Indirizzo</i>• <i>Budget</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Strategia</i>• <i>Pianificazione</i>• <i>Controlling</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>Gestione, direzione</i>• <i>Attuazione</i>

L’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige sarà infine dotata di una direzione potenziata nelle competenze e nell’autorità. La direzione aziendale sarà supportata a livello provinciale dalla direzione delle prestazioni cliniche e da quella tecnico-assistenziale. La gestione dei servizi generali provinciali di supporto, compresa la direzione amministrativa, competerà in futuro alla direzione dell’Azienda Sanitaria stessa.

L’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige delegherà l’erogazione territoriale delle prestazioni, chiaramente definite, ai Comprensori sanitari di Bolzano/Oltradige/Bassa Atesina, Valle Isarco/Alta Val Isarco, Val Pusteria e Burgraviato/Val Venosta.

Ad ogni livello potranno pertanto essere ottimizzate posizioni direttive e amministrative, con un considerevole snellimento dei processi tecnico-amministrativi. Questo processo di riorganizzazione avverrà gradualmente, con un ridimensionamento socialmente sostenibile dei posti di lavoro in vista dell’implementazione del progetto complessivo entro l’anno 2020.
(cfr.: <http://www.asdaa.it/it/riorganizzare-struttura-dirigenziale-amministrativa%20.asp>)

Oltre a ciò, lo sviluppo e l’ottimizzazione dei processi aziendali sono un obiettivo di grande rilevanza strategica per l’Azienda sanitaria dell’Alto Adige. Tutti i progetti di riorganizzazione hanno un forte impatto sui processi esistenti, perché intendono migliorare i processi stessi a livello organizzativo anche attraverso l’utilizzo dell’informatica.

L’Azienda ha quindi elaborato un IT-Masterplan 2016-2018. Lo stato di attuazione del piano è stato presentato in data 05.10.2017 dalla assessora alla salute ed alle politiche sociali ai consiglieri provinciali (vedi: http://www.provincia.bz.it/news/it/news.asp?news_action=4&news_article_id=598594).

È stato ritenuto necessario elaborare anche un modello per il management dei processi aziendali (Business Process Management – abbreviato BPM), che ha iniziato ad essere implementato gradualmente dal 2017. Questo garantirà l'applicazione di una metodologia uniforme nella modellazione e nell'ottimizzazione dei processi, indipendentemente se per l'analisi dei processi saranno utilizzate risorse interne o esterne.

Il BPM è un approccio sistematico che permette la rilevazione, modellazione, documentazione e gestione sia dei processi automatizzati (supportati da tecnologia IT) che di quelli non automatizzati. Come strumento di notazione standardizzato è stato scelto il linguaggio BPMN 2.0 (Business Process Model and Notation), che verrà utilizzato con uno specifico software acquistato dall'Azienda.

Nel 2017 relativamente al BPM sono state realizzate le seguenti attività:

- ✓ definizione delle regole, degli standard e degli strumenti per l'analisi e la modellazione dei processi aziendali attraverso l'elaborazione di un manuale aziendale "La gestione dei processi nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige";
- ✓ formazione sui contenuti del manuale delle/degli analiste/i;
- ✓ ulteriore sviluppo della mappatura dei processi aziendali;
- ✓ scelta di un processo aziendale quale fungerà da prototipo;
- ✓ pianificazione dell'elaborazione del prototipo e sua implementazione all'inizio di ottobre 2017;
- ✓ elaborazione di un concetto aziendale per lo sviluppo organizzativo.

Per il 2018 invece sono state pianificate le seguenti attività:

- ✓ implementazione del BPM con il prototipo;
- ✓ modellazione di ulteriori processi aziendali;
- ✓ svolgimento di formazioni sul tema del "Process Management" differenziati per gruppo target di collaboratori/collaboratrici e dei/delle dirigenti.

1. Soggetti e ruoli nella strategia di prevenzione

1.1. Soggetti operanti a livello nazionale

- A.N.A.C., che in qualità di autorità nazionale anticorruzione svolge funzioni di raccordo con le altre autorità ed esercita poteri di vigilanza e controllo per la verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione adottate dalle amministrazioni, nonché sul rispetto della normativa in materia di trasparenza (art. 1, commi 2 e 3, legge n. 190/2012);
- Corte dei Conti, con funzioni di controllo;
- Comitato interministeriale, che ha il compito di fornire direttive attraverso l'elaborazione delle linee di indirizzo (art. 1, comma 4, legge n. 190/2012);
- Conferenza unificata Stato-Regioni;
- D.F.P., soggetto promotore delle strategie di prevenzione;
- S.N.A., che predispone percorsi di formazione.

1.2. Soggetti per la prevenzione del rischio a livello decentrato dell'Azienda

1.2.1. Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza

Art. 1, comma 7, L. 190/2012
Circolare n. 1/2013 D.F.P.
Art. 15, DPR n. 62/2013
Art. 15, d.lgs. N. 39/2013
P.N.A.- allegato 1, punto A.2
D.Lgs. n. 97/2016 i.v.f.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è stato nominato con deliberazione del Direttore generale n. 238 del 24.10.2013 ed è stato individuato nella figura del Direttore amministrativo dell'Azienda. Tale figura è stata modificata dal d.lgs. n. 97/2016 i.v.f. La nuova disciplina ha unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e rafforzato tale ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative. Inoltre secondo la nuova disciplina anche il programma triennale per la trasparenza e l'integrità fa parte del P.T.P.C.T. L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige con deliberazione del Direttore generale n. 18 del 29.01.2014 aveva già nominato il Direttore amministrativo anche come Responsabile della trasparenza, ma in virtù della scadenza del suo incarico in data 31.12.2016 ha provveduto con delibera del Direttore Generale n. 509 del 27.12.2016 a nominare in sua sostituzione il Vice-Direttore Amministrativo dell'Azienda sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano come Responsabile della prevenzione della corruzione e Trasparenza.

Il 30.01.2017, con deliberazione del Direttore generale n. 2017-A-000051, è stato poi nominato come Responsabile della prevenzione della corruzione e Trasparenza dell'Azienda il Direttore della Ripartizione Legale e Affari Generali, con decorrenza dal 01.02.2017.

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, si è ritenuto di assicurare l'apporto di un gruppo di referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, che operano in stretto collegamento con il responsabile per l'applicazione concreta del Piano.

I compiti e le funzioni del R.P.C.T. sono:

- elabora la proposta di piano della prevenzione da adottare da parte del Direttore generale, illustrando adeguatamente all'organo di indirizzo politico i contenuti e le implicazioni attuative;
- definisce procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruzione (art. 1, comma 8);
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a);
- verifica, laddove prevista come misura, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b);
- individua il personale da inserire nella formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c);
- vigila sui rischi in materia di inconfiribilità e incompatibilità (d.lgs. 39/2013 – circolare 1/2013);

- cura la diffusione della conoscenza del codice di comportamento dell'Azienda;
- elabora una relazione annuale sull'attività svolta, ne assicura la pubblicazione sul sito web e la trasmissione al Direttore generale (art. 1, comma 14);
- cura e definisce le modalità del raccordo con tutti gli altri attori nel processo di gestione del rischio descritto dal presente piano;
- è investito di poteri di interlocuzione e di controllo.

1.2.2. Il Direttore generale:

Il Direttore generale:

- designa il R.P.C.T.;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- adotta il P.T.P.C.T. ed i relativi aggiornamenti annuali.

1.2.3. I referenti per la prevenzione

- Data la particolare organizzazione dell'Azienda (composta da quattro comprensori sanitari), si è reso necessario individuare dei referenti nella persona dei direttori delle ripartizioni aziendali (ripartizione personale, ripartizione acquisti, ripartizione ingegneria clinica, ripartizione tecnica e patrimonio, ripartizione economico finanziaria, ripartizione controllo di gestione, ripartizione assistenza territoriale, ripartizione assistenza ospedaliera, ripartizione comunicazione, marketing e rapporti con il pubblico, ripartizione informatica);
- I referenti collaborano attivamente nelle misure procedurali di adozione del P.T.P.C.T.;
- I referenti svolgono attività informativa nei confronti del R.P.C.T., affinché questi abbia riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'Azienda;
- I referenti svolgono attività di impulso e elaborano proposte concrete in stretta collaborazione con il R.P.C.T.;
- I referenti osservano le misure contenute nel presente P.T.P.C.T. e ne promuovono il rispetto.

1.2.4. I dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

- hanno la responsabilità primaria sull'efficacia del controllo nei confronti di tutti i rischi attinenti alla corruzione;
- svolgono attività informativa nei confronti del R.P.C.T., dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. 165/2001);
- rivestono un ruolo chiave per il successo delle politiche di prevenzione, partecipando attivamente al processo di gestione del rischio;
- propongono misure specifiche di prevenzione;
- verificano le ipotesi di violazione del Codice di Comportamento;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T. e promuovono proposte specifiche di integrazione o miglioramento del piano;
- promuovono i valori dell'etica presso i propri dipendenti;
- assicurano il rispetto degli obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
- vigilano sull'attuazione delle misure in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- vigilano sull'assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse;
- collaborano e monitorano per assicurare l'attuazione delle misure in materia di trasparenza, conformemente a quanto previsto dalle disposizioni in materia;
- vigilano sugli obblighi di legge in tema di trasparenza e applicano la legge in tema di trasparenza;
- applicano le norme di anticorruzione.

1.2.5. U.P.D. per i procedimenti disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55-bis d.lgs. n. 165/2001);
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento e vigila sulla sua applicazione.

Fino all'anno 2016 non era stato ancora nominato un ufficio unico competente aziendale per la cura dei procedimenti disciplinari, ed all'interno dell'Azienda operavano pertanto diversi organi disciplinari a livello dei quattro comprensori sanitari. Con delibera n. 354/2016 d.d. 11.10.2016 è stato approvato un nuovo regolamento uniforme, al fine di istituire l'u.p.d. a livello centrale, onde rendere i procedimenti disciplinari uniformi e garantire parità di trattamento di tutti i dipendenti. Tale procedura implica altresì l'impegno di avviare una raccolta unitaria di tutti i procedimenti disciplinari avviati nel corso dell'anno ed un sistema di reporting al R.P.C.T. di tutti i procedimenti avviati che implicino una contestazione attinente a reati

contro la P.A. e alla tematica della corruzione, intesa come abuso e sviamento delle funzioni pubbliche attribuite per fini personali.

Con deliberazione n. 2017-A-000368 del 12.09.2017 sono stati nominati i membri dell'unità disciplinare competente per il procedimento disciplinare, la quale si occupa delle sanzioni che vanno oltre la censura scritta. Inoltre è stato deciso che dopo la conclusione dei procedimenti disciplinari pendenti le singole strutture operanti nei singoli comprensori sanitari decadano dalla loro funzione.

1.2.6. Tutto il personale dell'Azienda:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- osserva le misure contenute nel P.T.P.C.T.: l'eventuale violazione del piano integra gli estremi per una contestazione disciplinare;
- presta concreta collaborazione al R.P.C.T. per la prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 10 del Codice di comportamento;
- segnala le situazioni di illecito e di conflitto di interessi al proprio dirigente o all'U.P.D. per i procedimenti disciplinari;
- partecipa alla formazione sull'anticorruzione e sulla trasparenza;
- partecipa alla stesura e alla definizione di misure ulteriori nell'ambito di competenza;
- rispetta ed attua le misure preventive in materia di anticorruzione.

1.2.7. I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.;
- segnalano le situazioni di illecito (whistleblower).

1.2.8. Il Responsabile per l'Anagrafe Unica (RASA)

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il R.P.C.T. ha individuato nel 2013 il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nella persona del Direttore della Ripartizione Acquisti, il quale ha tempestivamente effettuato l'inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) e curato la tenuta del registro.

1.2.9. Il gestore per la segnalazione antiriciclaggio

In data 29.11.2016 il Direttore generale ha individuato tale figura nel Direttore della Ripartizione Economico e Finanziaria, donde l'approvazione della delibera n. 478 d.d. 22.12.2016 per la sua formale designazione.

2. Aree a rischio corruzione

Anche nel corso del 2017 i responsabili di settore hanno elaborato i dati necessari per procedere alla mappatura dei processi decisionali a rischio corruzione e al monitoraggio del rispetto dei termini procedurali delle aree a rischio di rispettiva competenza, contenute nell'aggiornamento del PNA 2015, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 (vedi allegato I).

Le aree di rischio contenute nell'aggiornamento del PNA 2015 definite settori "generali" o "specifici" della sanità si aggiungono a quelle a maggior rischio per legge (cosiddette "obbligatorie"), che si traducono nella realtà aziendale nelle ripartizioni aziendali del personale, degli acquisti (servizi, forniture, lavori) e assistenza territoriale e riflettono le seguenti attività:

- a) autorizzazioni e concessioni;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici, di cui al d.lgs. n. 50/2016;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera di cui al d.lgs. n. 150/2009.

Precisamente le ulteriori aree a rischio generali o specifiche sono:

- Area controlli, verifiche, ispezioni
- Affari legali e contenzioso
- Liste d'attesa
- Attività intramoenia
- Area farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, sperimentazione e sponsorizzazione
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero
- Entrate, spese, patrimonio,

che si rispecchiano in Azienda nelle ripartizioni aziendali economico-finanziaria, controllo di gestione, ufficio legale, centro unico di prenotazione provinciale, servizio farmacologico, personale e direzione sanitaria.

Nell'anno 2017 sono state inoltre monitorate le seguenti aree:

- Servizio per le dipendenze
- Parco macchine
- Assegnazione alloggi e asilo nido aziendale
- Servizio provinciale di medicina dello sport e Servizio aziendale di medicina del lavoro.

La prima e più importante misura per combattere la corruzione consiste quindi nella mappatura degli ulteriori processi decisionali inseriti nei settori a rischio dell'Azienda.

2.1. Mappatura dei processi decisionali

L'Azienda opera quale ente strumentale della Provincia Autonoma di Bolzano con indipendenza gestionale e propria personalità giuridica. L'Azienda è soggetta ad un processo di riorganizzazione dal 2007. Fino al 2007 nel territorio della Provincia Autonoma di Bolzano operavano quattro distinte Aziende Sanitarie, che sono state riunite con la riforma sanitaria (riordinamento del servizio sanitario provinciale ex legge 7/2001, L.P. 9/2006) in un'unica Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano. L'organo di indirizzo politico è individuato nella figura del Direttore generale (dal 2015 Dott. Thomas Schael). Essa è suddivisa in quattro comprensori sanitari, che fanno capo ciascuno ad un direttore di comprensorio sanitario. L'amministrazione dell'Azienda è organizzata a livello centrale in ripartizioni aziendali che fanno capo ciascuna ad un direttore di ripartizione (individuato nel presente piano quale referente per l'anticorruzione) e a livello periferico territoriale in uffici comprensoriali, che fanno capo al direttore di comprensorio sanitario o al coordinatore amministrativo. I direttori di ripartizione aziendale hanno il compito di uniformare i processi decisionali e di svolgere un ruolo di informazione.

Per valutare il contesto interno da attuare attraverso la mappatura dei processi organizzativi, è stato riutilizzato un questionario già introdotto nel 2014, ripartito in tre sezioni e inviato ai direttori delle ripartizioni aziendali per la dovuta compilazione. Per un maggior coinvolgimento dei referenti sono state fatte anche riunioni specifiche. L'individuazione delle attività a rischio corruzione è stata effettuata attraverso il diretto coinvolgimento del personale e dei direttori responsabili delle attività, valutando per ciascuna di esse il grado di esposizione al rischio mediante l'analisi della probabilità del verificarsi dell'evento corruttivo e del potenziale impatto entro una scala di rischio suddivisa poi in sede di valutazione tra basso-medio-alto.

L'elaborato dei direttori di ripartizione ha tenuto conto delle seguenti informazioni:

- a) sezione dedicata all'identificazione (o definizione) del processo decisionale e della sua sottofase, ritenuta a rischio dai dirigenti, per il fatto di rientrare in una delle cd. "aree a rischio corruzione" individuate dalla legge (art. 1, comma 16, legge 190/2012), oppure perché comunque tale anche se non rientrante nelle aree di cui al comma 16;
- b) sezione dedicata alla valutazione del rischio corruzione, che a sua volta è suddivisa in 1) identificazione (o descrizione) del rischio astrattamente verificabile in rapporto a quel processo o fase processuale; 2) analisi del rischio (è la fase che consente la determinazione del livello numerico del rischio), che viene compiuta sulla scorta dell'allegato 5 del P.N.A., e quindi basata su un calcolo matematico del "peso" di determinati indici di probabilità moltiplicati per il "peso" di prestabiliti indici di valutazione dell'impatto; 3) ponderazione del rischio, ove si invita la dirigenza a stilare una graduatoria fra processi di pari livelli di rischio, partendo da quelli per i quali si reputa prioritaria la necessità di intervento preventivo.
- c) sezione dedicata all'analisi delle misure di contrasto previste o programmate per quel singolo processo o fase (misure di contrasto quali controlli, verifiche ex ante o ex post e suddivisione di compiti e funzioni, oltre a meccanismi di rotazione e particolari misure di trasparenza).

La mappatura e il monitoraggio dei processi decisionali è stata terminata da parte dei direttori delle aree elencate al punto 2 nel mese di novembre 2017. Si è proceduto in seguito all'analisi del rischio riferito ad ogni singolo processo decisionale rilevato sulla base delle misure di contrasto descritte e già sussistenti, e – sulla base della gravità del rischio rilevato – si è proceduto ad effettuare una programmazione di previsioni ulteriori. Il processo di tale autovalutazione ha portato ad una mappatura integrale delle attività a rischio corruttivo (allegato I).

Nell'anno 2017 sono stati inclusi nel processo di mappatura anche i dirigenti del settore sanitario, come per esempio il servizio per le dipendenze e la direzione tecnico-assistenziale.

2.2. Monitoraggio dei termini procedurali

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 del rispetto dei termini dei procedimenti di propria competenza. Con la circolare n. 4/2014 è stata richiesta l'elaborazione di un questionario relativo al monitoraggio del rispetto dei termini procedurali amministrativi nella rispettiva area di competenza dei direttori delle ripartizioni aziendali, a prescindere se tale procedimento rientrasse in un settore a rischio corruzione o meno. Tali dati sono stati acquisiti dalla Direzione e dal R.P.C.T. per l'opportuna supervisione e controllo.

Era intenzione dell'Azienda predisporre a livello aziendale un "Regolamento in materia di procedimenti amministrativi" e pertanto con e-mail del 2 luglio 2015 è stato richiesto ai Direttori di Ripartizione a livello aziendale, ai Direttori degli uffici operanti direttamente in azienda ed ai Coordinatori amministrativi - anche per la parte sanitaria - la ricognizione dei procedimenti presenti nelle strutture di competenza, tramite la compilazione di una tabella che richiedeva fra le altre:

- una breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili;
- l'unità organizzativa responsabile dell'istruttoria;
- il termine fissato in sede di disciplina normativa e/o eventuale altro termine procedimentale.

Il 24 maggio 2016 è entrata in vigore la legge provinciale 4 maggio 2016, n. 9, che ha apportato sostanziali modifiche al procedimento amministrativo disciplinato con legge provinciale 22 ottobre 1993, n. 17. Oggetto di particolare attenzione da parte del legislatore provinciale è stata la modifica dell'articolo 4 della legge provinciale 22 ottobre 1993, n. 17, riguardante la durata del procedimento amministrativo. L'articolo 7 della legge provinciale n. 9/2016 prevede che il procedimento amministrativo debba concludersi entro il termine di 30 (trenta) giorni. In ogni caso ciò avviene con l'adozione di un provvedimento espresso (salvi ovviamente i casi di silenzio assenso, segnalazione certificata di inizio attività-SCIA e denuncia di inizio di attività-DIA). L'adozione del provvedimento espresso segna il momento finale del procedimento. Restano salvi i termini diversi stabiliti da altre disposizioni normative (leggi e regolamenti provinciali, disposizioni UE, disposizioni statali), così come le discipline di dettaglio sullo svolgimento del procedimento amministrativo contenute in leggi speciali. Infine con la circolare n. 3 del 22 giugno 2016 la Provincia di Bolzano ha avviato un rilevamento per i procedimenti amministrativi per la cui conclusione siano necessari termini superiori ai 30 (trenta) giorni previsti per legge.

La Provincia, al fine di predisporre la nuova deliberazione sui termini per la conclusione del procedimento, ha chiesto a tutte le ripartizioni ed uffici provinciali, così come anche all'Azienda, di compilare una tabella e di trasmetterla all'Ufficio organizzazione per posta elettronica entro il 15 luglio 2016. L'Azienda entro il suddetto termine ha inviato il proprio elenco dei procedimenti amministrativi con una durata superiore a trenta giorni.

In fase di elaborazione della suddetta regolamentazione è pervenuta oltre a ciò all'Azienda la circolare n. 7 del 30 agosto 2016 da parte della Provincia Autonoma di Bolzano. In questa circolare la Provincia ha informato che con la riforma di cui sopra è stato novellato anche l'istituto del silenzio assenso che dal 01.01.2017 trova applicazione generale per i procedimenti ad istanza di parte.

La Provincia, al fine di predisporre la deliberazione della Giunta provinciale contenente le eccezioni alla regola dell'applicazione generale del silenzio assenso, ha quindi invitato tutte le ripartizioni ed uffici provinciali come anche l'Azienda a compilare apposita tabella e a trasmetterla all'Ufficio organizzazione per posta elettronica entro il 23 settembre 2016. L'Azienda ha inviato entro il suddetto termine il proprio elenco dei procedimenti amministrativi, che costituiscono eccezioni rispetto all'applicazione del silenzio assenso.

Con circolare n. 9 del 07.12.2016 la Provincia Autonoma di Bolzano ha comunicato le novità più rilevanti in materia di procedimento amministrativo, vedi:
<http://www.provincia.bz.it/dipartimenti/direzione-generale/circolari.asp>

Infine con la delibera del 15 novembre 2016, n. 1245 sono stati disciplinati i procedimenti amministrativi con un termine dilazionato per la conclusione del procedimento. Invece con delibera del 27 dicembre 2016, n. 1512 sono state disciplinate le eccezioni all'applicazione dell'istituto giuridico del silenzio assenso. Entrambe le delibere sono state modificate dalla delibera n. 205 del 21.02.2017. Le suddette delibere sono state rese note al interno dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ai direttori di ripartizione e ai coordinatori amministrativi.

2.3. Aree a rischio generali e specifiche

Nel 2017 si è proceduto alla revisione dei processi decisionali monitorati nel 2016, tramite un sistema di autovalutazione dei dirigenti coinvolti, in quanto ritenute aree a rischio (generali della Pubblica Amministrazione o specifiche delle Aziende Sanitarie), in virtù dell'aggiornamento del P.N.A. operato da A.N.A.C. con la delibera n. 12 del 28 ottobre 2015 e con delibera n. 831 dell'03 agosto 2016, contenente linee guida per la predisposizione e l'integrazione del P.T.P.C.T., prevedendo altresì la programmazione di eventuali misure di prevenzione specifiche sulla base dei dati rilevati.

Ciò premesso, si descrivono le aree di rischio mappate entro l'anno 2016:

- Area controlli, verifiche, ispezioni
- Affari legali e contenzioso
- Liste d'attesa
- Attività intramoenia
- Area farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, sperimentazione e sponsorizzazione
- Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero
- Entrate, spese, patrimonio

Oltre il monitoraggio delle aree già mappate, nell'anno 2017 sono state sottoposte all'analisi del rischio ulteriori aree aziendali quali il servizio provinciale di medicina dello sport, il servizio aziendale di medicina

del lavoro, il servizio per le dipendenze, il parco macchine e il servizio di assegnazione degli alloggi e del nido. Inoltre è stata svolta una riunione per coinvolgere anche la direzione tecnico-assistenziale.

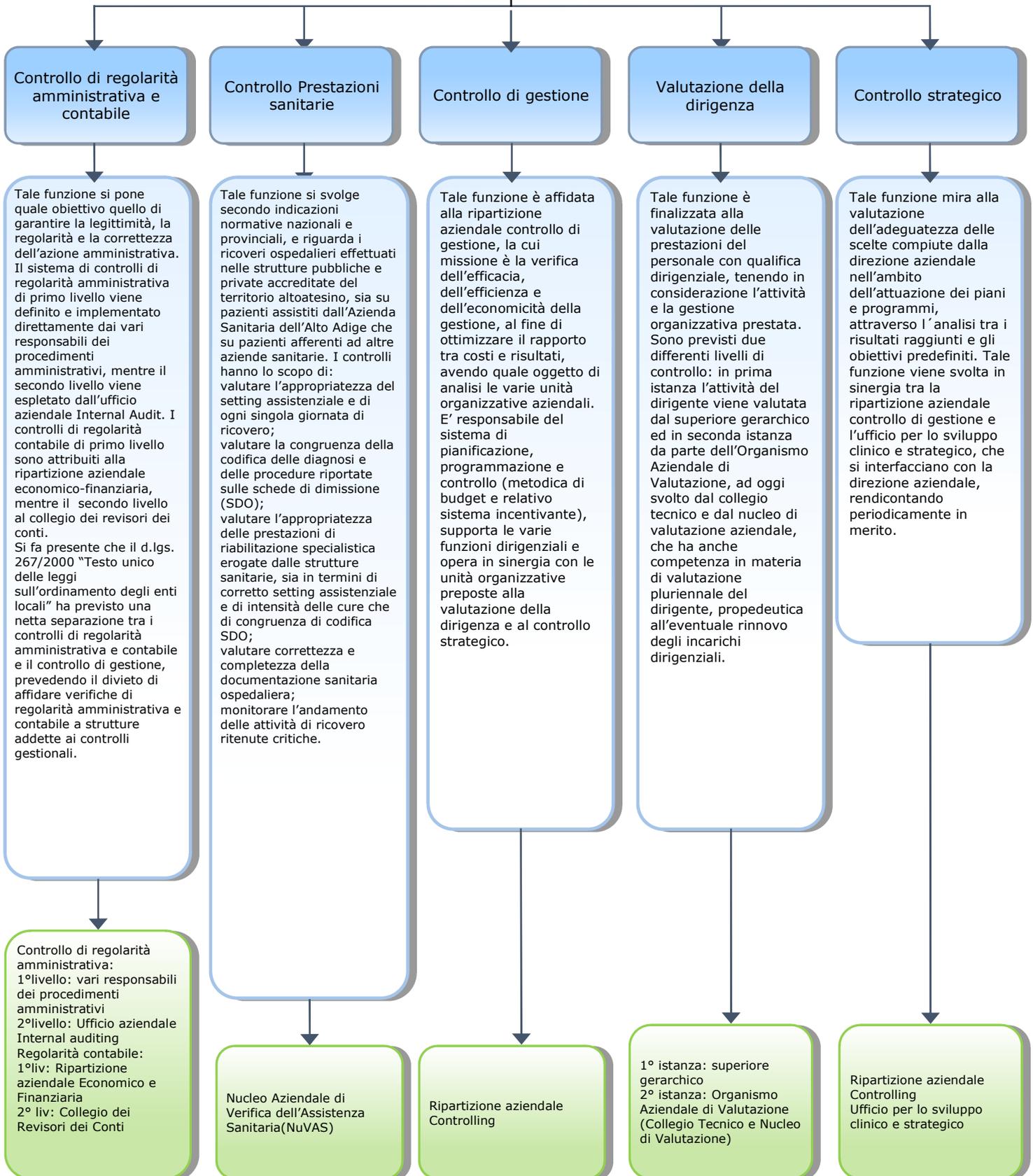
Per l'anno 2018 viene programmata la mappatura e il monitoraggio di eventuali processi decisionali ulteriori e l'approfondimento ulteriore dei processi amministrativi già monitorati.

Area controlli, verifiche e ispezioni

Controlli

Il sistema dei controlli previsto nell'AS può essere riassunto come da diagramma seguente. Il 2. Livello di controllo amministrativo sarà implementato tramite un'unità *internal audit*.

Sistema dei controlli interni in Azienda sanitaria dell'Alto Adige



Vigilanza: Sicurezza nei luoghi di lavoro:

Le competenze per le ispezioni in questo ambito nella Provincia Autonoma di Bolzano sono distribuite tra l'Amministrazione provinciale e l'Azienda sanitaria. L'Azienda sanitaria è competente per le ispezioni in ambito di igiene e medicina legale, invece l'Ispettorato del lavoro della Provincia si occupa della sicurezza tecnica p.e. ispezioni di cantieri edili.

Ispezioni:

La fonte normativa primaria che deve trovare applicazione in tale settore nella Provincia di Bolzano è il Testo unico in materia di salute e di sicurezza sul lavoro (decreto legislativo del 9 aprile 2008, n. 81 coordinato con le disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 03 agosto 2009, n.106) - in vigore dal 15.05.2008. Le norme di igiene del lavoro sono contenute nel testo unico in materia di sicurezza del lavoro D. Lgs. 81/2008. Si aggiunge il Decreto del Presidente della Repubblica del 14 settembre 2011, n. 177 - Regolamento recante norme per la qualificazione delle imprese e dei lavoratori autonomi operanti in ambienti sospetti di inquinamento o confinanti, a norma dell'articolo 6, comma 8, lettera g), del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (*si invia all'elenco delle fonti normative applicate nella Provincia di Bolzano in tema di Sicurezza del lavoro: <http://www.provincia.bz.it/lavoro-economia/lavoro/leggi-contratti-collettivi/sicurezza-lavoro-leggi.asp>*).

Di conseguenza l'Azienda sanitaria ha provveduto alla mappatura delle seguenti aree: servizio veterinario, servizio igiene e sanità pubblica, ispettorati micologici e medicina ambientale, che di seguito sono state monitorate nel 2017 (vedi allegato I).

Nell'anno 2017 l'Azienda ha anche mappato i procedimenti di rilascio di idoneità mediche del servizio provinciale di medicina dello sport e del servizio aziendale di medicina del lavoro.

Infine l'Azienda ha iniziato anche il percorso di mappatura con i Servizi per le dipendenze (SERD).

Servizio aziendale di medicina del lavoro

Nella sezione ispettorato medico del lavoro, in aggiunta ai due processi già descritti nell'anno 2016 n. 6 e n. 9 (vedi allegato I), è stato esaminato il processo del rilascio di certificazione medica attestante il possesso dei requisiti psicofisici richiesti per l'iscrizione nell'elenco prefettizio del personale addetto ai servizi di controllo delle attività di intrattenimento e di spettacolo in luoghi aperti al pubblico o in pubblici esercizi di cui all'art. 1, c. 4, lett. b) del DM 06 ottobre 2009 e s.m.i. Tale attività viene svolta da due medici della sezione su richiesta degli interessati. In base all'esito degli accertamenti e alla visita medica viene emessa certificazione di possesso/non possesso dei requisiti sanitari di cui all'art. 1, c. 4 lett. b) del DM 6 ottobre 2009 e s.m.i. per l'iscrizione nell'elenco prefettizio. Per attestare i requisiti sanitari richiesti (l'idoneità psico-fisica per lo svolgimento dell'attività di controllo e l'assenza di uso di alcool e stupefacenti) il medico del lavoro certificatore utilizza criteri standardizzati e preventivamente condivisi tra i medici della sezione e atti di indirizzo già adottati da altre regioni.

Inoltre è stata analizzata la procedura di rilascio di certificazione medica in seno alla commissione tecnica provinciale per le sostanze esplosive e infiammabili, istituita presso la Questura di Bolzano (art. 27, D.P.R. n. 202/1956 e art. 101, R.D. n. 635/1940). L'art. 27 del D.P.R. n. 302/1956 stabilisce che l'esame per l'accertamento della capacità tecnica per l'esercizio del mestiere di fochino debba essere sostenuto innanzi alla commissione tecnica provinciale per le sostanze esplosive e infiammabili, integrata, per l'occasione, anche dal medico del lavoro. L'esame consiste nel verificare il possesso, da parte del candidato, dei requisiti fisici indispensabili (vista, udito, funzionalità degli arti). Tale attività viene svolta dai due medici della sezione (in qualità di membro effettivo e membro supplente della Commissione). In base all'esito della visita medica viene emessa certificazione di possesso/non possesso dei requisiti fisici indispensabili. Per attestare i requisiti sanitari richiesti (l'idoneità fisica per lo svolgimento dell'attività di fochino e pirotecnico) il medico del lavoro certificatore utilizza criteri standardizzati e condivisi tra i medici della sezione.

Altresì è stata mappata l'attività di medico competente così come previsto dal D.Lgs. n. 81/2008 (attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro). Tra i molteplici compiti previsti, il medico competente nominato dal datore di lavoro programma ed effettua la sorveglianza sanitaria dei lavoratori ed esprime il proprio giudizio sulla idoneità degli stessi. Il rilascio delle idoneità mediche è previsto da un obbligo di legge. Tale attività è dettagliatamente descritta dall'art. 41 del D.Lgs. n. 81/2008. Le misure adottate, necessarie a incrementare l'azione preventiva, sono le seguenti:

- l'attività di medico competente viene svolta secondo i principi della medicina del lavoro e del codice etico della Commissione internazionale di salute occupazionale (ICOH), come stabilito al comma 1 dell'art. 39 – "Svolgimento dell'attività di medico competente";
- gli obiettivi dei medici del lavoro, i metodi e le procedure di sorveglianza sanitaria sono definiti con chiarezza. La rilevanza e validità di tali metodi e procedure sono in linea con l'evidenza scientifica e relative buone prassi. La sorveglianza sanitaria viene effettuata con il consenso informato dei lavoratori;
- in osservanza a quanto previsto dall'art. 25 – "Obblighi del medico competente", i MC della sezione Clinica "programmano ed effettuano la sorveglianza sanitaria di cui all'articolo 41 attraverso protocolli sanitari definiti in funzione dei rischi specifici e tenendo in considerazione gli indirizzi scientifici più avanzati". I medici competenti seguono protocolli standardizzati di intervento sanitario, che derivano da Linee Guida e raccomandazioni validate a livello nazionale e/o internazionale;
- analogamente, per l'espressione dei giudizi di idoneità alla mansione specifica, vengono utilizzati i criteri e gli atti di indirizzo contenuti nelle Linee Guida della Società Italiana di medicina del lavoro e igiene industriale, dell'INAIL, delle Regioni e del Coordinamento tecnico interregionale prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- viene effettuata regolarmente attività di monitoraggio sull'effettiva applicazione dei criteri definiti e vengono attuate periodiche revisioni in base agli aggiornamenti della letteratura scientifica.

Inoltre l'art. 41 suddetto prevede che contro i giudizi del medico competente è ammesso ricorso.

I medici competenti redigono infine anche i certificati medici relativi alla flessibilità del congedo di maternità, attestanti l'assenza di pregiudizio alla salute della lavoratrice e del nascituro derivante dalle mansioni svolte, dall'ambiente di lavoro e/o dall'articolazione dell'orario di lavoro. L'acquisizione di tale certificato è necessario per le lavoratrici in gravidanza, soggette a sorveglianza sanitaria in base al D.Lgs. n. 81/2008, che intendano avvalersi della possibilità introdotta dall'art. 12 della L. 53/2000 di fruire dell'astensione obbligatoria un mese prima del parto (anziché due) e di quattro mesi dopo il parto (anziché tre). Il rilascio dei certificati medici relativi alla flessibilità del congedo di maternità è quindi previsto da un obbligo di legge. Le misure adottate, necessarie a incrementare l'azione preventiva, sono le seguenti:

- vengono adottate le stesse misure di prevenzione previste per l'attività di medico competente;
- gli elenchi dei lavori vietati, cui il medico competente deve fare riferimento per rilasciare o meno la certificazione, sono riportati nell'Allegato A (Elenco dei lavori faticosi, pericolosi e insalubri di cui all'art. 7) e nell' Allegato B (Elenco non esauriente di agenti e condizioni di lavoro di cui all'art. 7) del D.Lgs. n. 151/2001 (Testo unico delle disposizioni legislative in materia di sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della L. 53/2000).

Si aggiunge che dall'11 settembre 2017 è cambiata la procedura amministrativa delle richieste di "Autorizzazione all'astensione dal lavoro anticipata per gravi complicazioni della gravidanza" prevista dal d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151, art. 17, co. 2 (vedi in dettaglio:

http://www.sabes.it/it/news.asp?aktuelles_action=4&aktuelles_article_id=596666) L'Azienda sanitaria in sostanza si è fatta carico di tutto l'iter amministrativo, "semplificando e riducendo al minimo incombenze e spostamenti alle gestanti già sottoposte a stress fisici ed emotivi dalle gravi complicazioni della gravidanza", come ha riassunto il Direttore generale questa nuova procedura. Tale procedura viene seguita dalla Direzione medica dell'Ospedale di Bolzano.

Alcuni medici competenti svolgono l'attività di medici autorizzati, così come previsto dal D.Lgs. n. 230/1995 e dal D.Lgs. n. 241/ 2000. Questa attività prevede che il medico autorizzato, nominato dal datore di lavoro, programmi ed effettui la sorveglianza medica dei lavoratori esposti a radiazioni ionizzanti ed esprima il proprio giudizio sulla idoneità del lavoratore. Il rilascio delle idoneità mediche è previsto da un obbligo di legge. Tale attività è dettagliatamente descritta dagli artt. 83, 84, 85 e 95 del D.Lgs. n. 230/95.

Le misure adottate, necessarie a incrementare l'azione preventiva, sono quindi le seguenti:

- per i medici autorizzati vengono adottate le stesse misure di prevenzione previste per l'attività di medico competente;
- i medici autorizzati seguono protocolli standardizzati di intervento sanitario: la programmazione e l'effettuazione della sorveglianza medica sono definite e aggiornate in base agli indirizzi scientifici più avanzati (Direttive Euratom) recepiti dall'Associazione italiana radioprotezione medica.

Servizio provinciale di medicina dello sport

Il servizio provinciale di medicina dello sport effettua principalmente visite mediche sportive per il rilascio dell' idoneità agonistica all'attività sportiva e visite mediche per il rilascio di certificati medici per lo svolgimento di attività di volontario (come p.e. vigili del fuoco volontari).

La visita medico sportiva per il rilascio dell'idoneità agonistica all'attività sportiva è regolamentata dal D.M. del 18.02.1982 e successive modifiche.

Ogni federazione sportiva nazionale stabilisce per i propri iscritti:

- i limiti di età (minima e massima) di chi si deve sottoporre alla visita;
- la validità massima prevista per il certificato;
- gli esami ed accertamenti minimi per ogni tipo di sport da effettuare per la formulazione del giudizio.

Il certificato può essere rilasciato esclusivamente da specialisti in medicina dello sport operanti in strutture pubbliche e/o private accreditate.

Il medico certificatore esprime autonomamente, valutati tutti gli accertamenti previsti dalla legge e avvalendosi di eventuali accertamenti e/o valutazioni di altri medici specialisti aggiuntivi, il giudizio di idoneità o di non idoneità. Può inoltre limitare la durata massima prevista a una durata più breve, oppure formulare delle limitazioni individuali.

Avverso il giudizio (di non idoneità prevalentemente) del medico certificatore è ammesso ricorso entro trenta giorni.

Il servizio provinciale di medicina dello sport effettua visite in tutti i quattro i Comprensori, precisamente a Bolzano, Ortisei, Merano, Silandro, Malles, Bressanone, Vipiteno, Brunico, San Candido.

Oltre alle visite medico sportive per il rilascio dell'idoneità sportivo-agonistica, il servizio provinciale di medicina dello sport esegue visite per il rilascio di vari certificati per il volontariato (prevalentemente idoneità per vigili del fuoco volontari, ma anche per soccorso alpino, assistente bagnante, soccorso speleologica, soccorso subacqueo, soccorso piste etc.). Tale attività è regolamentata dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 794/2007.

La prenotazione delle visite ora descritte avviene tramite il Servizio di Medicina dello Sport, in quanto trattasi di prenotazioni specifiche e complesse.

Servizio per le dipendenze (SERD)

Nel 2017 hanno avuto luogo i primi incontri per la mappatura dei rischi del Servizio per le dipendenze (SERD) dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. In tali occasioni è stata acquisita anche la descrizione del Servizio di HANDS - Onlus Bolzano, del Servizio di Consulenza Psicosociale Caritas Silandro, Diocesi Bolzano - Bressanone e del Centro Terapeutico Bad Bachgart Rodengo.

Dalle prime informazioni si è subito desunto che i Servizi per le dipendenze nei Comprensori di Merano, Bolzano e Bressanone sono situati sul territorio, invece quello di Brunico presso l'Ospedale. Tutte le informazioni utili (sedi, numeri di telefono, orari di apertura, descrizione dei servizi e simili) su tali Servizi sono pubblicate sul sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria.

In un primo momento è stata analizzata la procedura della prenotazione delle visite. Da tale analisi è emerso che il SerD di Merano ha una procedura standardizzata di primo contatto e accoglienza che regola la fase di accoglienza, la presa in carico, la fase progettuale/trattamentale e la fase della valutazione finale. Tutte queste attività risultano standardizzate e supportate da specifica documentazione. Il SerD di Bolzano ha varie procedure interne supportate da schede per il primo contatto e scale di valutazione validate per l'accoglienza di nuovi pazienti, l'iter della presa in carico routinario è proceduralizzato e basato su criteri specifici indicati nella procedura di accoglienza. I SERD degli altri due Comprensori non hanno ancora una procedura scritta standardizzata, ma in ogni modo seguono di fatto le fasi ora descritte. Il primo contatto, vista la situazione particolare in cui si trovano gli utenti/pazienti, avviene in modo diretto per telefono o di persona, durante gli orari di apertura dei singoli Servizi (i recapiti telefonici e gli orari di apertura sono resi noti all'utenza anche sul sito della trasparenza dell'Azienda Sanitaria). La prenotazione visite tramite il CUPP non risulta adeguata al tipo di accoglienza che è necessaria per utenti/pazienti in situazioni di vita così delicate. Questo primo contatto avviene in ogni modo da parte di collaboratori istruiti, cosa che nel CUPP sarebbe di difficile attuazione. Tale primo contatto consiste, infatti, nell'ascoltare l'utente/paziente e la sua domanda, fornire all'utente/paziente tutte le informazioni utili e fissare l'appuntamento per il primo colloquio psicosociale e/o prima visita medica. Naturalmente in caso di urgenza medica e psichiatrica l'utente/paziente viene inviato al Pronto Soccorso dell'Ospedale o se

di prevalenza psichiatrica al Servizio Psichiatrico competente. Invece in caso di altre urgenze collegate alla dipendenza, le quali non necessitano degli interventi appena descritti, il colloquio viene fatto in giornata. In linea di principio i SERD, soprattutto a Merano, applicano il principio di rotazione del personale che effettua il primo contatto e il colloquio necessario con l'utente/paziente. Inoltre tutti i Servizi lavorano con il sistema c.d. "Ippocrate", quest'ultimo in sostanza è dedicato alla raccolta di dati coerenti e paragonabili, al fine di adempiere anche all'obbligo di documentazione epidemiologica completa e riferita alle prestazioni. "Ippocrate" mette in rete i quattro SERD e le strutture convenzionate con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (ad eccezione attualmente dell'Associazione La Strada – Der Weg). I SERD operano sempre in equipe. I Servizi svolgono poi regolarmente riunioni di AUDIT con i propri collaboratori. In tali sedute vengono non solo discussi i casi clinici, ma anche organizzato il lavoro amministrativo. Infine ogni mese e mezzo si svolgono incontri tra tutti i servizi dell'Azienda Sanitaria con il coinvolgimento del Servizio di HANDS - Onlus Bolzano, del Servizio di Consulenza Psicosociale Caritas Silandro, Diocesi Bolzano – Bressanone, dell'Associazione La Strada – Der Weg e del Centro Terapeutico Bad Bachgart Rodengo.

I SERD si impegnano anche ad unificare alcune procedure, come p.e. la procedura di disassuefazione dal fumo di tabacco.

Dopo aver raccolto le informazioni generali dei SERD ed alla luce di un primo esame dei documenti inviati è emerso che oltre alla prenotazione visite, sopra descritta, un'altra attività considerata rischiosa dei SERD, in riferimento alla normativa dell'anticorruzione e della trasparenza, appare l'inserimento in strutture pubbliche o private per le degenze (c.d. assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche – centri riabilitativi e comunità terapeutiche). Il rischio concreto, infatti, risulta essere quello dell'inappropriatezza nell'uso e nell'inserimento in strutture. Quindi l'indagine è stata focalizzata sui criteri per la scelta dell'inserimento in una struttura.

Da tale analisi in principio è emerso che i criteri di inserimento in una struttura residenziale o semiresidenziale sono fortemente legati alla diagnosi che viene formulata e al "tipo" di persona che ne soffre. Per formulare una diagnosi ci si riferisce in linea generale ai c.d. manuali diagnostico-statistici dei disturbi mentali DSM IV-R, DSM V ed ICD-10, che sono molto chiari ed esaustivi. Questi strumenti sono validati a livello internazionale. Vengono inoltre valutati l'impatto che ha un ricovero in struttura sul paziente, la sua motivazione/compliance, lo stato di salute fisica e la necessità di sostenere il soggetto durante il ricovero con un supporto farmacologico. Vengono anche tenuti presenti, se una persona ha già avuto esperienze di ricoveri in C.T., eventualmente la durata, l'esito e l'andamento dello stesso durante il ricovero. È importante sottolineare l'importanza dell'opzione terapeutico-riabilitativa offerta dalla struttura (fase di accoglienza, fase di trattamento, fase di reinserimento sul territorio di provenienza oppure sul territorio della struttura, qualora il rientro in Alto Adige risulti inappropriato per l'utente), intesa anche come approccio terapeutico e socio-pedagogico.

Le strutture vengono scelte tra quelle convenzionate con l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (a loro volta queste strutture, se fuori Provincia, devono avere una convenzione in vigore con l'Azienda Sanitaria competente per territorio che ne valuta, all'interno di sopralluoghi operativo-gestionali ed igienico-sanitari, il buon funzionamento o meno).

Infine si segnala che rispetto all'appropriatezza dell'inserimento (ricovero) in struttura, viene valutata anche la copresenza di altre patologie (esempio comorbidità psichiatrica con coinvolgimento della Psichiatria competente per territorio), così come l'eventuale poliassunzione di più sostanze.

Per quanto riguarda le strutture della Provincia di Bolzano: Centro Riabilitativo Bad Bachgart (Rodengo), S. Isidoro e fase del Rientro/Via Visitazione Bolzano (gestiti entrambi dall'Associazione "La Strada – Der Weg"), C.T. Hands Bolzano (gestita dall'Associazione Hands), i Servizi invianti valutano sempre se è possibile e appropriato inserire la persona in una di queste strutture. Se non risulta possibile (mancanza di posti disponibili, opzione terapeutica inappropriata per quel tipo di cliente), viene valutata la possibilità di inserimenti in Italia (l'utente/paziente viene inserito in strutture convenzionate come sopra riportato) oppure all'estero (Austria). Per queste ultime strutture, la convenzione viene sottoscritta direttamente dagli Uffici Provinciali competenti. Anche in questo caso si procede per diagnosi ed appropriatezza dell'invio come sopra descritto. Per quanto riguarda la mappatura dei processi decisionali e i rischi collegati relative alla stipula delle convenzioni si rinvia all'allegato I del presente piano, sub punto 1.2 e sub punto 2.6.

La modulistica di invio in strutture italiane non è unificata a livello amministrativo nei vari Comprensori e Servizi; sia per la mancata unificazione da parte degli uffici amministrativi, sia per le esigenze diverse da

parte delle singole comunità per quanto riguarda la necessità in informazioni cliniche. Invece risulta unificata la modulistica di invio all'estero e quella di invio in strutture provinciali.

Come ultima procedura è stata esaminata la gestione della somministrazione del metadone, riscontrando che i Servizi si attengono alla seguente normativa: DPR n. 309 del 1990 e s.m.i. "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" (aggiornato al 20.06.2013), Decreto del Ministero della Sanità del 03.08.2001 "Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze stupefacenti e psicotrope per le unità operative" e Decreto Turco del 16.11.2007 "Consegna dei medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento". In sintesi si può concludere che l'erogazione del suddetto farmaco sostitutivo, oltre a corrispondere alla prescrizione medica e a rispettare un iter di somministrazione e la Privacy dell'utente/paziente, risulta interamente tracciato e registrato come previsto dalle norme di settore.

Nei prossimi anni l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha l'obiettivo di approfondire la mappatura dei processi decisionali ora descritti e di mappare ulteriori aree di rischio dei SERD.

Area Affari legali e contenzioso

Questo settore negli anni 2016 e 2017 è stato oggetto di ristrutturazione organizzativa. Si rinvia all'allegato 1 per l'analisi dei processi decisionali e le misure di prevenzione.

Liste d'attesa e attività intramoenia

In base al piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa è stato approvato il piano provinciale con la deliberazione della GP n. 856 del 23 maggio 2011, finalizzato a garantire un protocollo per un appropriato e tempestivo accesso dei cittadini ai servizi sanitari. In tale contesto si sono introdotti nuovi criteri per una migliore gestione dei tempi e delle liste d'attesa, prevedendo meccanismi di controllo, e si è ritenuto opportuno definire raggruppamenti d'attesa omogenei (RAO) per sette branche specialistiche. Tale protocollo è stato ulteriormente integrato con la deliberazione della GP n. 724 del 14.05.2012, che ha esteso i criteri di prescrizione a nove branche specialistiche a partire dal 1 luglio 2012, prevedendo nella griglia per ogni indicazione diagnostica la tipologia di visita (se urgente o differibile) ed il tempo di attesa massimo.

In pendenza del processo di uniformazione iniziato nel 2007 che coinvolge l'intera Azienda, anche questa area di attività risulta essere disciplinata attualmente ancora in modo eterogeneo tra il livello centrale e il livello decentrato dei quattro Comprensori.

Per quanto attiene la gestione delle liste d'attesa, si dà atto che l'accesso alle prestazioni specialistiche avviene per le quattro branche specialistiche di norma tramite prenotazione al Centro Unico di Prenotazione provinciale (CUPP), ove sono depositate specifiche griglie che consentono la prenotazione di visite ed esami specialistici, e viene garantito il rispetto della priorità della prenotazione secondo il sistema del RAO (raggruppamento omogeneo di attesa). L'ufficio CUPP è stato attivato il 01.01.2013 con deliberazione del DG n. 2012-D2-001964 del 17.12.2012. In attesa di potenziare il CUPP, in modo che tutte le prestazioni possano essere gestite in modo centralizzato e trasparente, lo stato attuale prevede che il cittadino acceda alle prestazioni su 3 distinti settori di prenotazione:

- CUPP centrale: il cittadino può contattare qualsiasi CUP locale presente nei 4 comprensori sanitari e riceve l'appuntamento in tutte le strutture della provincia dove la prestazione viene offerta. In ogni punto di prenotazione il cittadino riceve la stessa risposta in termini di tempi di attesa e strutture eroganti.
- CUP del singolo comprensorio sanitario: l'offerta ambulatoriale viene gestita e prenotata a livello comprensoriale e prenotata dal CUP locale (a livello del singolo comprensorio).
- Singoli reparti: in alcune residuali realtà locali (ospedali periferici) l'offerta ambulatoriale viene ancora gestita e prenotata dal personale infermieristico e/o di segreteria dei singoli reparti.

Costituisce sforzo dell'Azienda Sanitaria quello di riorganizzare l'intero sistema di gestione delle prenotazioni in Alto Adige. In linea generale e su un orizzonte temporale a lungo termine si propone di ampliare lo spettro di prestazioni sanitarie con prenotazione tramite il sistema unico di prenotazione ed erogate dalle strutture pubbliche e private convenzionate, come di seguito specificato: la prima visita afferente alle diverse branche specialistiche:

1. le prestazioni di diagnostica per immagini;
2. le visite specialistiche e le prestazioni sanitarie erogate sul territorio (screening, visita pazienti, medicina del lavoro, medicina dello sport);
3. le prestazioni in attività di libera professione in intramoenia, ove previsto dalla normativa di riferimento.

Rimangono escluse le prestazioni relative ai seguenti ambiti: medicina legale, psichiatria, medicina del lavoro, laboratorio, radioterapia e genetica clinica, le prestazioni con accessi diretti.

L'ufficio preposto al CUPP ha elaborato delle linee guida per la gestione delle liste di attesa del front office per la prenotazione provinciale, descrivendo il comportamento corretto da tenere in qualità di addetto alla prenotazione.

Per le prestazioni differibili è presente nel sito dell'Azienda la consultazione dei tempi di prenotazione e delle strutture che le erogano, completa anche dell'informazione dell'accesso alla prenotazione (<http://www.asdaa.it/tempi-di-prenotazione.asp>).

La prenotazione dell'attività libero-professionale viene gestita a livello di CUP in ogni singolo Comprensorio sanitario, laddove istituito, ma si registra tuttora una differenza di gestione tra i singoli Comprensori. In generale si sottolinea che ai pazienti che richiedono una visita specialistica, possono essere proposte alternative e quindi anche la visita in regime di libera professione intramoenia. Gli addetti al CUP sono tenuti a dare sempre le informazioni corrette sui tempi di attesa e su eventuali alternative. In tale ambito, con delibera n. 1069/2008 la Giunta Provinciale ha elaborato ai sensi della LP 10/1995, art. 1ter, le linee guida secondo le quali l'Azienda ha il compito di monitorare costantemente il rapporto tra attività istituzionale e quella resa in libera professione. Ivi è previsto altresì il dovere di riferire annualmente alla Provincia sull'influenza dell'attività privata svolta sui tempi di attesa. Con deliberazione del DG n. 273/2008 è stato adottato il piano aziendale dell'attività intramoenia, secondo il quale l'attività deve sempre essere svolta fuori orario di servizio, la prenotazione delle prestazioni deve avvenire in modo separato rispetto alla prenotazione dell'attività istituzionale e all'utenza devono essere date tutte le informazioni in ordine all'attesa e ai tariffari applicati. La corretta applicazione di quanto prescritto rappresenta una buona misura per la prevenzione della corruzione.

I rischi connessi alla corruzione possono essere così identificati:

1. Rischio di false dichiarazioni in sede di autorizzazione: tale rischio è considerato improbabile, trattandosi di professionisti i cui titoli accademici e di specializzazione risultano agli atti delle Ripartizioni personali aziendali. Le linee-guida aziendali disciplinano le possibilità e le limitazioni in relazione ai titoli posseduti e dichiarati.
2. Rischio legato ad una inadeguata verifica dell'attività erogata: il controllo dell'attività intramoenia richiede molteplici ambiti di verifica (modalità di prenotazione, volumi, orari, spazi, utilizzo attrezzature, personale di supporto, accesso pazienti, modalità di fatturazione e pagamento, congruità delle agende con la programmazione ordinaria).

Ciascun settore è riconducibile a competenze diverse e attualmente non unificate in capo ad un'unica unità operativa. Non essendo allo stato ancora istituito un'unità centrale che si occupa dell'attività intramoenia a 360°, le verifiche vengono gestite all'interno dei singoli Comprensori e consistono in controlli a campione e in una verifica specifica e puntuale in caso di segnalazione di anomalie. Taluni controlli sono demandati ai rispettivi preposti (ad es. verifiche sugli orari di svolgimento dell'attività fuori orario servizio e sulla tipologia di prestazione specialistica offerta, controllo sulla corrispondenza tra prenotato e pagato).

L'accesso alla prestazione avviene tramite prenotazione del CUP del singolo CS, laddove istituito, per garantire la trasparenza e la tracciabilità, altrimenti tramite ambulatorio. Quando il CUPP sarà investito a livello aziendale e investito della gestione di tutte le prenotazioni, anche le attività in libera professione saranno prenotabili solo tramite questo sistema informatizzato e centralizzato.

Attualmente si assiste ad una discussione politica in ordine al mantenimento di questo istituto e alle modalità di attuazione, nel senso di limitare oppure escludere tale possibile binario di accesso nella AS. È stato nel frattempo deciso di prorogare l'attività intramoenia, al fine di ridurre i tempi di attesa almeno del 10 %. Per tale motivo il monitoraggio del servizio viene programmato per il 2018.

I tempi di attesa vengono monitorati mensilmente e periodicamente pubblicati. Considerando il volume complessivo (0,44% sul totale delle prestazioni) e il fatto che l'ambito risulta molto restrittivo se paragonato ad altre realtà nazionali, consistente cioè nella possibilità di effettuare solo attività ambulatoriale (è esclusa attività di ricovero e l'utilizzo di sale operatorie), limitata a 3 ore settimanali (4 ore solo in caso di saturazione agende), il rischio di indirizzare il paziente all'attività medica in intramoenia risulta molto limitato. Al fine di contrastare ulteriormente eventuali rischi di corruzione l'Azienda, nel rispetto del modesto volume di attività previsto nell'autorizzazione alla attività medica in

regime di libera professione, prescrive lo svolgimento della libera professione soltanto fuori orario di servizio e al termine degli orari di apertura degli ambulatori (lu-gio: ore 16.00–19.00, ven: 15.00-19.00, sab: 8.00-12. 00).

Non sono previste aree specifiche per svolgere tali attività, perché l'attività si svolge presso ambulatori già in uso per l'attività istituzionale.

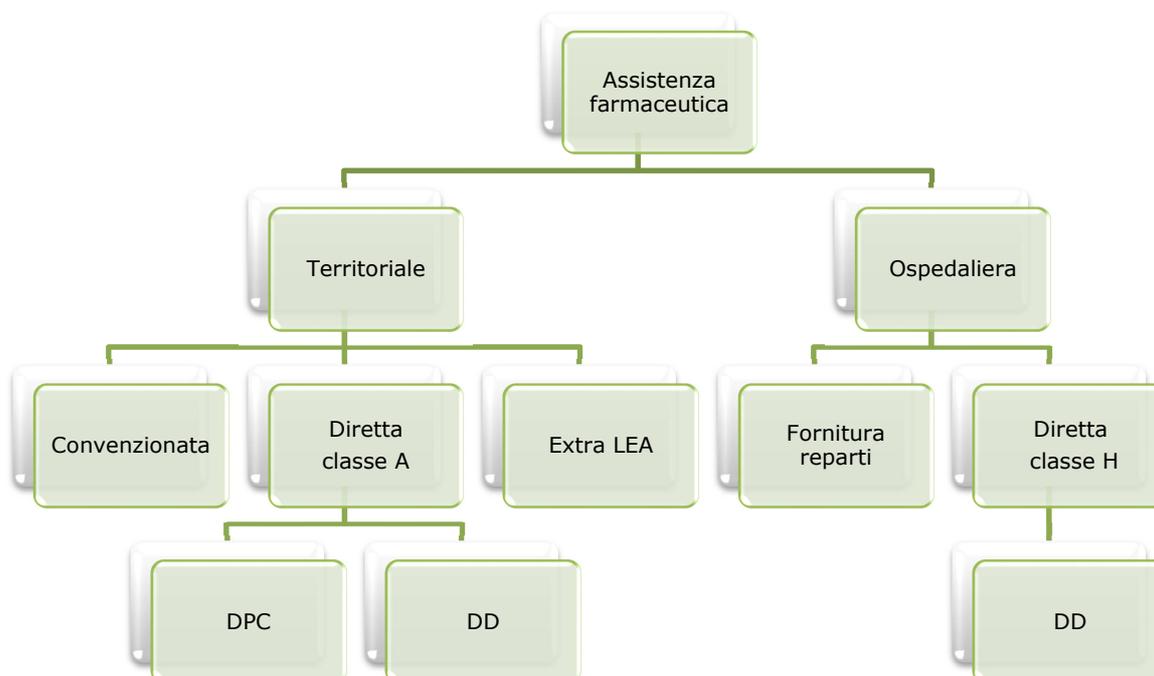
In aggiunta alla libera professione intramuraria con scelta specifica del professionista da parte dell'utente, esiste la possibilità da parte dell'Azienda Sanitaria di concordare con i propri medici specialisti un pacchetto di prestazioni erogabili in regime di libera professione, prevedendo una partecipazione al costo da parte del cittadino (ticket).

Entro il 2018 è programmata l'estensione delle prenotazioni tramite CUPP alle branche specialistiche di oculistica e radiologia. Per il 2018 è programmato un generale riassetto del CUPP.

Area farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie, sperimentazione e sponsorizzazione

Area farmaceutica:

In Alto Adige i farmaci a carico del Servizio Sanitario Provinciale (SSP) sono dispensati attraverso vari canali ai pazienti. Il presente diagramma fornisce un riassunto dell'organizzazione dell'assistenza farmaceutica in Alto Adige.



L'assistenza farmaceutica può essere suddivisa in assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera. Fanno parte dell'assistenza farmaceutica territoriale la dispensazione di farmaci in convenzionata, la distribuzione diretta di farmaci di classe A e la distribuzione dei farmaci extra LEA. Il consumo interno di farmaci da parte delle strutture ospedaliere e la distribuzione diretta di farmaci di classe H rappresentano l'assistenza farmaceutica ospedaliera.

Convenzionata: attraverso le 119 farmacie convenzionate pubbliche e private sono distribuiti i farmaci a carico del SSP, assicurando ai cittadini l'accesso ai farmaci essenziali e per malattie croniche.

Distribuzione diretta: essa può essere suddivisa a sua volta in distribuzione "in nome e per conto dell'azienda sanitaria" (DPC) e in distribuzione diretta da struttura pubblica.

DPC: Per DPC si intende l'erogazione di farmaci presenti nel prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PHT) e inseriti con decreto della direttrice / del direttore della Ripartizione provinciale Salute nell'elenco dei farmaci del PHT da distribuire in nome e per conto, essi sono distribuiti tramite le 119 farmacie convenzionate pubbliche e private ai pazienti. La DPC ha una rilevanza economica, perché questi farmaci sono acquistati dall'Azienda sanitaria mediante gara pubblica per principio attivo o per equivalenza terapeutica (delibera 1835 del 28.11.2011). In questo modo si può sfruttare massimamente

la concorrenza tra prodotti equivalenti in occasione delle scadenze brevettuali. Il servizio viene fornito dalle farmacie convenzionate pubbliche e private dietro il pagamento di un compenso concordato.

DD: Per DD si intende la distribuzione di farmaci a carico del SSP dopo ricovero ordinario o visita specialistica. In questa occasione i pazienti possono rivolgersi al punto di distribuzione farmaci presenti negli ospedali di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico e ritirare i farmaci prescritti dal medico specialista; inoltre sono dispensati con questa modalità i quei farmaci PHT, che con decreto della direttrice / del direttore della Ripartizione provinciale Salute sono stati inseriti nell'elenco dei farmaci del PHT da distribuire direttamente dalle strutture dell'Azienda sanitaria. Questa via di distribuzione di farmaci è la più economica per l'Azienda sanitaria, perché i farmaci sono acquistati attraverso gara pubblica e l'Azienda sanitaria non deve sostenere la spesa per la Service fee.

Rientra nella distribuzione diretta anche la fornitura di farmaci presenti nel Prontuario Terapeutico delle Case di Riposo alle strutture residenziali e semiresidenziali presenti sul territorio provinciale.

Extra LEA: per i pazienti con malattie rare è prevista l'erogazione di farmaci e parafarmaci di classe che sono ricomprese nei LEA e nelle integrazioni ai LEA provinciali, ma anche eventuali integrazioni ad personam autorizzate dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

Fornitura reparti: Rientrano in questa categoria i farmaci consegnati ai reparti / ambulatori per la somministrazione ai pazienti direttamente in ospedale. Nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è presente un Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale (PTOA), il quale è stato approvato con deliberazione della Giunta Provinciale n. 1914 del 17/12/2012. Il prontuario è oggetto di revisioni ed aggiornamenti periodici da parte della Commissione Farmaceutica Aziendale. L'allestimento dei farmaci antiblastici è centralizzato presso il Servizio farmaceutico di ogni Comprensorio Sanitario ed avviene in ambienti dedicati. La spesa farmaceutica ospedaliera, come quella territoriale, viene monitorata trimestralmente attraverso la predisposizione di un report dedicato.

DD classe H: Attraverso i punti di distribuzione diretta presenti negli ospedali di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico sono distribuiti i farmaci di classe H, farmaci che possono essere acquistati solo da strutture pubbliche e sono per uso domiciliare.

Nella Provincia di Bolzano la spesa generale lorda per i farmaci distribuiti attraverso le farmacie territoriali nel 2016 e rimborsati dal Servizio Sanitario Provinciale è leggermente diminuita rispetto all'anno precedente (-0,09%), attestandosi attorno a 61,62 milioni di Euro. Anche a livello nazionale prosegue la tendenza al calo della spesa netta della farmaceutica convenzionata. Il Servizio Sanitario Provinciale ha speso mediamente circa 128,70 Euro pro-capite per i farmaci erogati dalle sole farmacie sul territorio, in tal modo la Provincia di Bolzano ha la più bassa spesa farmaceutica convenzionata a livello nazionale: http://www.aifa.gov.it/sites/default/files/Rapporto_OsMed_2016_AIFA.pdf

Si annota che la legge provinciale n. 16/2012 regola l'assistenza farmaceutica nella Provincia di Bolzano.

Si aggiunge inoltre che nella Provincia di Bolzano con deliberazione della G.P. n. 4447 del 24.11.2008 sono state approvate le Linee guida per l'istituzione del flusso informativo delle prestazioni farmaceutiche effettuate in distribuzione diretta e per conto. In questo documento sono riportate le informazioni oggetto di rilevazione del flusso informativo della farmaceutica diretta, come previsto dal DM 31 luglio 2007 e come indicato nelle Linee guida per la predisposizione e la trasmissione dei file al NSIS, sulla rilevazione delle prestazioni farmaceutiche erogate in distribuzione diretta.

Con deliberazione della G.P. n. 105 del 23.01.2012 sono state approvate le Linee Guida per il monitoraggio dei consumi di medicinali in ambito ospedaliero, in vigore dal 30.01.2012.

Con la deliberazione della G.P. n. 1183 del 07.10.2014 sono state approvate le Linee Guida per il monitoraggio dei consumi dei dispositivi medici direttamente acquistati dal servizio sanitario nazionale, in vigore dal 15.10.2014.

L'Azienda Sanitaria dal 2016 elabora ogni sei mesi un report per monitorare le spese per farmaci e dispositivi medici. Tale analisi confluisce nel piano confronto o raffronto tra situazione teorica ed effettiva.

In vista della riorganizzazione del Servizio Farmaceutico l'Azienda si fissa come obiettivo quello di avviare un progetto di valutazione/monitoraggio della appropriatezza prescrittiva in linea con i principi di AIFA.

Considerata la complessità dei processi di tale area, l'Azienda ha provveduto a mettere il focus della analisi, valutazione e del trattamento del rischio sui macro processi delle aree di programmazione, gestione magazzino, liquidazione ricette dei farmaci distribuiti tramite le farmacie convenzionate, liquidazione di ricette dei dispositivi medici e del materiale di medicazione distribuite tramite le farmacie

convenzionate e smaltimento farmaci, riservandosi l'analisi di altre *aree o macro processi*. Inoltre ha monitorato l'area acquisti.

Per quanto riguarda il tema dell'appropriatezza prescrittiva, per l'anno 2017 l'Azienda si è data l'obiettivo di monitorare e incrementare in particolare l'utilizzo di biosimilari sia a livello territoriale (somatotropina) che a livello ospedaliero (farmaci anti TNF).

Istituzione della Commissione aziendale per i dispositivi medici

In analogia alla commissione farmaceutica aziendale è stata istituita con delibera del Direttore Generale n. 2017-A000240 la Commissione aziendale dei dispositivi medici, come strumento di governo per l'area del dispositivo medico ad eccezione delle apparecchiature elettro medicali e dei dispositivi medico-diagnostici di laboratorio, il cui compito principale è la razionalizzazione e omogeneizzazione dei dispositivi medici in uso nei vari Comprensori, con l'aiuto dell'ufficio acquisti beni sanitari di valenza aziendale, il cui compito consisterà nello svolgimento delle relative gare a livello aziendale.

Programmazione:

Recita l'art. 12 della LP n. 16/2012, intitolato, Programmazione dell'assistenza farmaceutica: *"1. Ai fini della semplificazione, dell'unificazione delle procedure, della riduzione dei costi e dell'aumento della qualità e dell'efficienza, la Giunta provinciale programma l'attività di assistenza farmaceutica dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige e verifica i risultati raggiunti. 2. La Giunta provinciale stabilisce i prodotti galenici magistrali, il materiale di medicazione e i presidii terapeutici nonché i criteri per la loro erogazione e prescrizione quali prestazioni sanitarie aggiuntive a carico del Servizio sanitario provinciale. L'importo della spesa sostenuta è liquidato sulla base di apposite rendicontazioni presentate dall'Azienda sanitaria dell'Alto Adige."*

La rilevazione del fabbisogno viene effettuata in generale sulla base del fabbisogno storico. In tale fase si tiene conto comunque sempre delle scorte. Per farmaci nuovi o casi eccezionali in collaborazione tra servizio farmaceutico, medici e commissione farmaceutica aziendale si valuta la necessità d'acquisto ed il fabbisogno sulla base di elementi oggettivi. In più si tiene aggiornato il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale. Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale, approvato con deliberazione della Giunta Provinciale n. 1914 del 17.12.2012, è stato elaborato dal gruppo di lavoro aziendale ed approvato dalla Commissione Farmaceutica Aziendale. Esso è costituito da una lista di principi attivi, ordinati secondo la classificazione Anatomica Terapeutica Chimica (ATC).

Il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale è uno strumento in continua evoluzione, oggetto di revisione ed aggiornamento periodico da parte dalla Commissione Farmaceutica Aziendale. Eventuali richieste di attualizzazione o proposte di modifica (p.e. una richiesta di inserimenti di un nuovo prodotto farmaceutico) potranno essere formalizzate attraverso l'utilizzo di una modulistica specifica presente sul sito istituzionale e di facile consultazione, da compilare ed inviare al Servizio farmaceutico comprensoriale di competenza, che provvede al relativo inoltro alla Commissione Farmaceutica Aziendale. L'acquisto di farmaci non presenti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero Aziendale è consentito solo in casi limitati e eccezionali, per una patologia di cui è affetto un paziente assistito e su specifica richiesta compilata da parte di un medico ospedaliero usando una modulistica predisposta, contenente dati generali, la descrizione, la stima, la motivazione e simili. Tale modulistica è facilmente scaricabile dal sito istituzionale e deve essere inviata al Servizio farmaceutico Comprensoriale di competenza. Si annota che con circolare d.d. 09.05.2014 il Direttore Sanitario dell'Azienda ha portato a conoscenza ai servizi coinvolti la procedura del prontuario terapeutico ospedaliero e collegato approvvigionamento dei farmaci.

Oltre a ciò, nel corso del 2013 è stato elaborato il Prontuario Terapeutico delle Case di Riposo, con l'obiettivo di garantire l'assistenza farmaceutica omogenea e appropriata degli ospiti nelle case di riposo e nei centri di degenza in provincia di Bolzano. Infine la guida alla prescrizione dei farmaci soggetti a piano terapeutico si trova sulla pagina web della Provincia Autonoma di Bolzano.

Ciò premesso, si vede che esiste una separazione tra soggetto prescrittore e soggetto acquirente dei farmaci.

L'Azienda nel 2017 ha introdotto un nuovo regolamento per la commissione farmaceutica, che è stato approvato con la delibera n. 009 del 16.01.2018.

L'Azienda ha inteso aggiungere alle dichiarazioni di incompatibilità e inconfiribilità già esistenti le dichiarazioni pubbliche di interesse, come da modello preposto da AGENAS, adattandole però alla realtà dell'Azienda e pertanto bilingui. Ha avviato allo scopo apposito scambio epistolare afferente alle modalità di raccolta e successivo caricamento dei dati nell'apposito applicativo web, che tuttavia Agenas richiede sempre in lingua italiana, per cui la questione è tuttora in fase di studio.

Liquidazione ricette dei farmaci distribuiti tramite le farmacie convenzionate:

Recita l'art. 11 della LP n. 16/2012, intitolato, contabilizzazione delle ricette: "1. L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige individua l'unità organizzativa che contabilizza le ricette a carico del Servizio sanitario provinciale spedite dalle farmacie convenzionate e che le controlla dal punto di vista tecnico, contabile e amministrativo. Omissis 2. L'unità organizzativa: - omissis - c) trasmette mensilmente alla Ripartizione provinciale Sanità, ai fini dell'attività di indirizzo e di programmazione, tutti i dati statistici riguardanti costi ed entità del consumo di farmaci".

L'Ufficio Contabilizzazione Ricette della Azienda Sanitaria, in base alla suddetta legge ed all'accordo provinciale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private in Provincia di Bolzano, effettua mensilmente rilevazioni e scostamenti tra quanto dichiarato dalle farmacie e rilevato dall'Azienda sanitaria su tutte le farmacie convenzionate, pubbliche e private, della Provincia. Sulla base di queste rilevazioni e risultanze, vengono effettuati, a campione, controlli più approfonditi. Gli esiti dei controlli sfociano in rettifiche contabili nei confronti delle farmacie. La raccolta dei dati delle ricette farmaceutiche avviene mediante la scansione delle stesse e un'attività di Data Entry, che permette sia la rilevazione degli errori riscontrati che la pulizia dei dati a fini statistici. Tali rilevazioni vengono fatte tramite un sistema informatico.

Il controllo approfondito viene svolto sulla base degli scostamenti più significativi ed in base al principio di rotazione, con l'obiettivo di monitorare tutte le farmacie entro un anno solare.

Il macro processo di cui al paragrafo precedente è regolarizzato dall'Accordo provinciale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private in Provincia di Bolzano (deliberazione della Giunta Provinciale 7 luglio 2003, n. 2270). Tale accordo viene applicato e rispettato in toto dall'Azienda, tranne dove risulti incompatibile, in quanto obsoleto, con le modifiche e variazioni introdotte in materia dalla normativa nazionale e provinciale .

Si annota che l'azienda lavora sul progetto della dematerializzazione delle ricette farmaceutiche. Lo stato di sviluppo del progetto della dematerializzazione delle ricette farmaceutiche a fine 2017 è il seguente: tutti i medici che prescrivono farmaci (medici ospedalieri, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta) sono collegati al sistema della ricetta dematerializzata e rilasciano ricette dematerializzate. Tutte le farmacie provinciali accettano ricette dematerializzate per farmaci.

Liquidazione ricette dei dispositivi medici e del materiale di medicazione distribuiti tramite le farmacie convenzionate:

In base alle linee guida elaborate a livello Aziendale per i controlli ed il pagamento alle farmacie e sanitarie convenzionate dei dispositivi medici e del materiale di medicazione di cui alla delibera della GP n. 809 del 14.03.2005, l'Azienda effettua manualmente il controllo tra il dichiarato dalle farmacie e il rilevato dagli addetti dell'UCR.

L'osservanza della normativa in materia e la correttezza dell'attività di controllo svolta dagli uffici amministrativi dei diversi CS vengono UNA TANTUM verificati dall'ufficio preposto della Rip. 23.2 dell'Assessorato.

Si annota che l'Azienda sta lavorando al progetto „Informatizzazione orientata al paziente: „presidi sanitari e prodotti dietetici“, con il quale verrà introdotto un sistema informatico globale per la riproduzione dell'intero processo della prescrizione, autorizzazione, consegna, controllo e liquidazione dei presidi sanitari. La fase di pianificazione ed analisi si è svolta nel 2017. In seguito all'esecuzione dell'analisi dettagliata il progetto verrà presumibilmente implementato nel corso del 2018.

Gestione magazzini

La gestione del magazzino della farmacia dell'Azienda è regolata con una procedura aziendale che norma in sostanza l'arrivo e l'immagazzinamento degli articoli.

L'Azienda in tale ambito ha predisposto nel 2016 un progetto che prevede l'elaborazione di un Masterplan entro l'anno e di seguito di un piano triennale per regolare la gestione dei magazzini.

Nel 2016 è stato elaborato il Masterplan.

Questo programma prevede riassuntivamente:

- lo sviluppo dell'organizzazione nel senso di definizione dei responsabili nelle varie aree, con l'obiettivo di creare più trasparenza nell'Azienda e definire persone di riferimento su tutti i livelli (Azienda, Comprensori, Ospedali e Distretti);

- l'armonizzazione dei processi vista come armonizzazione dei processi già in atto ed il rilevamento di indicatori di controllo unificati nelle aree di fabbisogno, acquisto e distribuzione, con l'obiettivo di unificare la comprensione e la situazione di partenza;
- l'innovazione del processo tramite un dossier, allo scopo di aumentare l'efficienza e l'affidabilità della gestione dei materiali.

Qui sotto si riporta il diagramma della visione del progetto e di seguito lo stato di implementazione:

**La visione del progetto
(le parole chiave del cambiamento)**



Stato di implementazione del progetto 2017:

Assetto Organizzativo:

- la Commissione aziendale dei dispositivi medici elaborerà un prontuario dei dispositivi medici;
- l'unità organizzativa dedicata, la centralizzazione e il coordinamento aziendale confluiscono nel regolamento aziendale, in tale regolamento verrà anche definita la responsabilità logistica;

Revisione dei processi:

- la logistica dei dispositivi dei comprensori Brunico e Bressanone è stata unificata nel 2017;

Tecnologie e sistemi informativi:

- nel 2017 sono state controllate tutti gli impianti IT per il nuovo ospedale di Bolzano;
- nel 2018 la Società partecipata SAIM dovrebbe introdurre la cartella clinica elettronica.

Lay-out ed organizzazione degli spazi:

- nel 2017 gli archivi di Merano e Bolzano sono stati spostati in un magazzino unico a Ora;
- nel 2018 verranno unificati i due magazzini, inclusi quelli delle farmacie ospedaliere, ed accentrati a Bolzano.

Smaltimento farmaci e rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo:

In base al D.Lgs. 152/2006 e DPR n. 254/2003 l'Azienda svolge lo smaltimento dei farmaci scaduti, dei residui e dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo.

I rifiuti vengono smaltiti nel rispetto delle norme igieniche. Per lo smaltimento dei farmaci chemioterapici antitumorali i Servizi igiene ospedaliera, farmaceutico, d'igiene ospedaliero ed oncologico medico hanno inoltre steso un protocollo che definisce le regole da considerare dagli addetti in tale fase.

Infine l'Azienda tiene il registro di rifiuti come da normativa vigente.

Siccome l'Azienda ha accertato che per l'incarico di ditte esterne, che svolgono lo smaltimento dei farmaci scaduti e residui, sono state svolte singole gare per ogni Comprensorio, nel 2017 ha programmato una gara unificata aziendale per appaltare tale servizio, come già svolto in precedenza per lo smaltimento dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. Tale procedura è stata avviata nel 2017.

Informatizzazione del ciclo terapia:

L'informatizzazione del percorso di prescrizione e somministrazione del farmaco all'interno dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige coinvolge attualmente due reparti nel Comprensorio di Bolzano: Cardiologia degenza -24 posti letto- e Medicina Interna -110 posti letto. Il progetto è stato avviato nel 2008 al fine di tracciare il percorso del farmaco, dalla prescrizione medica alla somministrazione al singolo paziente.

Attualmente il progetto non prevede ancora la gestione delle scorte di reparto e del riordino automatico al magazzino della farmacia, poiché il software non si interfaccia con il gestionale del magazzino farmaceutico. Nel 2018 verrà introdotto il c.d. Order Entry – cartella clinica ospedaliera clinical decision support system.

Fra gli obiettivi di Budget BSC per l'anno 2016 era prevista, nell'ambito dell'ottimizzazione del sistema informatico e dei flussi informativi, l'elaborazione di un progetto di implementazione della tracciabilità del farmaco in tutta la rete ospedaliera.

Fra gli obiettivi del IT-Masterplan è tuttora prevista l'elaborazione di un progetto di implementazione della tracciabilità del farmaco in tutta la rete ospedaliera e stanno per essere prese in considerazione varie soluzioni tecniche.

Introduzione di nuove tecnologie:

L'Azienda si impegna a collaborare con l'Assessorato alla Salute della Provincia Autonoma di Bolzano, nella stesura di reports di Health Technology Assessment (HTA) per l'introduzione di nuove tecnologie, farmaci, dispositivi o modelli organizzativi. La competenza in materia di HTA afferisce alla Provincia Autonoma di Bolzano, su richiesta dell'Assessorato l'Azienda mette a disposizione le relative professionalità per la definizione di eventuali report di HTA. A medio-lungo periodo è intenzione condivisa tra Provincia e Azienda sanitaria la strutturazione di forme di collaborazione con altre regioni limitrofe per lo sviluppo delle competenze professionali nella creazione di report HTA.

Sponsorizzazione, donazioni e atti di liberalità:

I rapporti tra il personale e le ditte esterne nonché le sponsorizzazioni sono ambiti particolarmente esposti a rischio di potenziali fenomeni di conflitto di interessi.

Da un punto di vista normativo, in base al d. lgs. N. 502/92 e al D. lgs. n. 216/2006, nonché all'accordo Stato-Regioni, l'evento che ha attinenza con farmaci prodotti o commercializzati da uno sponsor è sottoposto all'autorizzazione dell'AIFA e disciplinato dal codice deontologico di Farmindustria.

Secondo il parere del Comitato Nazionale Bioetica del 18.06.2006, si ha conflitto di interessi in sanità quando il medico sceglie un farmaco non perché più adatto alla patologia di un paziente, cioè per tutelare l'interesse alla salute del paziente, ma perché influenzato da un altro interesse, quello dell'industria farmaceutica a valorizzare un prodotto sul quale ha investito le proprie risorse. Il rischio maggiore riguarda il caso di chi svolge attività formative per l'ECM (docente) o chi organizza eventi ECM (provider) ed ha o ha avuto rapporti commerciali con un'azienda farmaceutica, la quale ha interesse a orientare per motivi commerciali le attività formative.

Al fine di ridurre il rischio e garantire il rispetto dei criteri di trasparenza, efficacia ed efficienza, l'Azienda Sanitaria nel 2017 ha predisposto un regolamento aziendale per le sponsorizzazioni e le donazioni in attesa di essere ufficialmente adottato tramite deliberazione, che disciplini la materia al fine di introdurre una procedura chiara ed uniforme in tutta l'Azienda, e con l'introduzione di una commissione di garanzia evita la possibilità astratta che si possa instaurare un rapporto diretto tra il singolo dipendente e un soggetto terzo (sponsor o donante); inoltre applica molte regole per ridurre il rischio (vedi allegato 1).

Per la visione dei rischi specifici si rinvia all'allegato 1.

Sperimentazioni Cliniche:

Il Comitato etico aziendale per le sperimentazioni cliniche con sede presso il Comprensorio Sanitario di Bolzano è stato istituito ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 con deliberazione del Direttore Generale n. 349 del 20.12.2013, che ha previsto i criteri per la composizione ed il funzionamento del comitato etico e che prevede nello specifico l'art. 3 dedicato all'indipendenza del comitato ed alla prevenzione di eventuali conflitti di interessi. A livello decentrato la Provincia Autonoma di Bolzano ha legiferato la materia con D.P.G.P. 18 novembre 2013 n. 37 e recepito *in toto* la normativa nazionale. L'indipendenza del comitato etico è assicurata dalla presenza di componenti esterni alla struttura sanitaria, in misura non inferiore ad un terzo del totale dei membri, nonché dalla prevenzione di conflitti d'interesse dei votanti rispetto alla sperimentazione proposta. I componenti della commissione rilasciano ad ogni seduta una autodichiarazione nella quale attestano l'assenza di interesse di tipo economico-finanziario con le aziende che producono i farmaci, dispositivi medici ed altre tecnologie. Nel 2017 è stata inoltre introdotta la dichiarazione di pubblico interesse elaborata da AGENAS che i membri e gli sperimentatori devono compilare. In questo modo i membri e gli sperimentatori sono tenuti ad astenersi dalla votazione di quelle sperimentazioni per le quali potrebbe sussistere un potenziale conflitto d'interessi (per esempio nel caso del dirigente medico dello stesso reparto ospedaliero nel quale viene condotta la sperimentazione o lo studio clinico). I membri che sono dipendenti dell'Azienda svolgono il loro ruolo all'interno del comitato durante l'orario di lavoro e senza compenso alcuno. I membri esterni ricevono un gettone di presenza in analogia a quanto disposto dalla normativa della Provincia Autonoma di Bolzano per gli organi collegiali. L'attività di ricerca a parte del personale avviene in orario di servizio e per tale attività non è prevista alcuna retribuzione. Eventuali compensi corrisposti dai promotori per studi profit sponsorizzati vengono versati alla AS alimentando il fondo del reparto interessato (75%), nonché il fondo del servizio farmaceutico che si occupa della distribuzione dei farmaci (5%) e l'amministrazione/segreteria per la copertura delle spese vive (20%). L'utilizzo dei fondi da parte dei rispettivi servizi ed unità operative avviene nel rispetto del regolamento aziendale approvato con deliberazione del 14.04.2015 (2015-A-000049). La maggior parte (circa il 60%) degli studi clinici condotti presso l'azienda sono studi cosiddetti no profit e finanziati dalla AS. Il nuovo regolamento sulle donazioni e sponsorizzazioni include la disciplina delle sperimentazioni cliniche finanziate da sponsor. Per la più specifica analisi del rischio si rinvia all'allegato I.

Area conseguente ai decessi intraospedalieri

In Italia la maggior parte dei decessi avviene in ambito ospedaliero e la gestione delle strutture mortuarie è affidata o alle strutture interne ospedaliere o esterne.

L'Azienda Sanitaria della Provincia di Bolzano applica il DPR n. 285/1990 i.f.v. per l'espletamento delle attività connesse ai decessi intraospedalieri. In più osserva:

- R.D. 09.07. 39, n. 1238 "Ordinamento dello stato civile"
- DPR 10.09. 90, n. 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria"

- Circolare Ministero della Sanità 24.06. 93, n. 24 "Regolamento di polizia mortuaria"
- Legge Provinciale 19.01.2012, n. 1 "Disposizioni in materia cimiteriale e di cremazione"
- DPGP 17.12.2012, n. 46 "Regolamento di esecuzione della legge provinciale in materia cimiteriale e di cremazione"
- Circolare dell'Assessorato alla Famiglia, Sanità e Politiche Sociali 19.09.2013, Prot. n. 55.01.504923 "Disposizione in materia cimiteriale e di cremazione"
- Regolamento comunale per le attività funebri e cimiteriali del Comune di Bolzano, approvato con delibera del Consiglio n. 7 del 18.03.2014
- DM 15.12.1990, "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse"
- Ordinanza contingibile ed urgente per la sorveglianza della malattia di Creutzfeld-Jakob del 12.02.2001
- DM 21.12.2001, Sorveglianza obbligatoria della malattia di Creutzfeldt-Jakob

Nell'Azienda Sanitaria della Provincia di Bolzano le camere mortuarie vengono gestite dagli addetti interni (infermieri/infermiere, medico/medica, servizio trasporto pazienti, operatori tecnici di sala autoptica/necrofori). Tali operatori ruotano in base ai loro turni. Tali addetti sono messi a conoscenza di dover svolgere la mansione con correttezza, legalità ed eticità. Inoltre sono informati che secondo le regole contenute nel codice di comportamento aziendale non possono accettare regali, compensi o qualsiasi utilità in relazione all'espletamento delle loro funzioni.

In caso di decesso è prevista l'assistenza spirituale.

In questo ambito i servizi funebri rappresentano, in generale, l'area più a rischio, tenuto conto principalmente dei casi di corruzione nazionali che hanno visto coinvolti dipendenti delle Aziende Sanitarie ed imprese funebri esterne.

Gli eventi rischiosi in tale area sono in sostanza riconducibili alla possibilità che da parte del personale addetto venga espletato un procacciamento o un'intermediazione con imprese di onoranze funebri.

Ciò premesso, l'Azienda Sanitaria della Provincia di Bolzano ha soppresso l'esposizione di liste contenenti un numero circoscritto di imprese di pompe funebri con sedi legali nel circondario del relativo Ospedale.

Per tale incombenza vengono ora messi a disposizione elenchi telefonici pubblici cartacei (pagine bianche) e/o un accesso internet nelle singole strutture ospedaliere. Quindi i congiunti possono scegliere le imprese funebri senza alcuna interferenza del personale dell'Azienda.

La valutazione della probabilità del verificarsi e della valutazione dell'impatto del rischio (in base ai parametri prefissati dall'allegato 5 del PNA) si può ritenere non probabile/azzerato.

L'Azienda aveva programmato di approvare entro il primo semestre del 2017 una procedura unica aziendale di polizia mortuaria e preparazione della persona defunta. Nel 2017 l'Azienda ha quindi iniziato a redigere una procedura unica aziendale, che ha però successivamente deciso di sospendere, in vista dell'approvazione di un nuovo Regolamento di polizia mortuaria a livello statale.

Entrate spese e patrimonio

Si rinvia all'allegato I.

Alloggi e asili nido

Gli alloggi per il personale vengono gestiti nel CS di Bolzano secondo la delibera della G.P. n. 1344 del 25.4.2005, aggiornata dalla delibera della G.P. n. 1859 del 22.11.2010, avente ad oggetto l'Edilizia abitativa agevolata - determinazione dei criteri per l'assegnazione dei 150 miniappartamenti per il personale sanitario dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, che prevede una iscrizione del personale sanitario sia dipendente - che con incarico libero-professionale presso l'Azienda Sanitaria nella graduatoria cronologica, in base alla data di presentazione della domanda. L'ex Azienda Sanitaria di Bolzano con deliberazione n. 2005-1797 del 29.08.2005 ha approvato i criteri di priorità corrispondenti ai singoli profili professionali per la formazione di una graduatoria del personale avente diritto all'assegnazione da parte dell'Istituto per l'Edilizia Sociale della Provincia di Bolzano di uno dei 150 mini-alloggi presenti sul territorio. A partire dal mese di ottobre 2017 la gestione è stata trasferita alla Dirigenza amministrativa dell'Ospedale di Bolzano. Prima veniva gestita dall'ufficio affari generali ora rinominato ufficio affari assicurativi e divenuto parte della ripartizione aziendale legale e affari generali. Tra gli altri Comprensori solo il CS di Brunico concede ancora alloggi al personale. Per l'analisi del rischio si rinvia all'allegato I.

Per quanto riguarda la gestione degli asili nido per i bambini del personale, questi vengono gestiti nei 3 Comprensori di Bolzano, Merano e Bressanone secondo un regolamento comprensoriale che definisce i requisiti e i criteri di accesso. Si rinvia al sito istituzionale dell'Azienda Sanitaria sotto lo specifico link del singolo comprensori (www.asdaa.it/it/ospedali) per scaricare anche l'eventuale modulo di domanda di ammissione. Il CS di Brunico ha stipulato una convenzione con la cooperativa sociale "Amici del bambino", presso la quale si acquistano i posti necessari. Si applicano le linee guida emanate nel 2010.

Procedure di acquisto, gestione e manutenzione parco autovetture aziendali

Nel corso del 2017 si è rilevato che alcuni particolari acquisti sono trattati in maniera differenziata rispetto alla generale funzione "affidamento di appalti pubblici".

In particolare si è riscontrato che la gestione, con particolare attenzione alla manutenzione del parco autovetture dell'Azienda sanitaria, viene effettuata localmente, vale a dire con una autonoma disponibilità delle funzioni relative da parte dei quattro comprensori della ASL di Bolzano.

La eccessiva frammentazione e/o proliferazione dei centri di competenza negli acquisti non è vista di buon occhio dal legislatore e da ANAC.

Il nuovo Codice degli appalti pubblici, D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 prevede infatti agli artt. 37 e 38 la creazione di centrali di committenza e la qualificazione delle stazioni appaltanti.

Gli obiettivi di tale esigenza sono:

- Razionalizzazione della spesa nel rispetto delle specificità e della qualità
- Valorizzazione delle risorse disponibili
- Promozione dell'innovazione
- Trasparenza sui processi di acquisto
- Apertura al mercato e valorizzazione dell'offerta pur nel rispetto delle esigenze delle micro, piccole e medie imprese.

I fattori critici di successo sono:

- Competenze
- Digitalizzazione dei processi
- Condivisione delle informazioni
- Coinvolgimento delle strutture sanitarie
- Dialogo con gli operatori di mercato

Al di là delle teoriche aspettative, va detto che la previsione di accentrare il più possibile gli acquisti in via generale soprattutto in ambito sanitario è prevista da numerose normative, financo dai "Considerando" della Direttiva UE 24/2014.

In ambito nazionale, oltre alle disposizioni codicistiche di cui sopra, l'art. 9, DL n. 66/2014 prevede infatti l'obbligatorietà per le PA centrali e periferiche, Regioni, enti regionali e loro consorzi o associazioni, enti del SSN, di ricorrere a Consip o altro Soggetto Aggregatore per le relative procedure di acquisto per individuate categorie di beni e servizi.

Appare necessario, dunque, rivedere nel 2018 tale delocalizzazione in Azienda.

Ripartizione Personale

All'allegato I al presente documento, alcuni processi in tema di gestione delle risorse umane sono stati revisionati ed implementati sia nella descrizione dei rischi sia nella indicazione delle relative misure di prevenzione, al fine di approfondire sempre più l'indagine sui processi attivati dall'Azienda, di renderli impermeabili il più possibile alle disfunzioni patologiche procedurali e di arginare la *mala gestio*.

Ripartizione Acquisti

Anche in tema di acquisti, l'allegato I è stato implementato ed arricchito nella descrizione dei rischi e delle relative misure di prevenzione. Il tema degli acquisti in ambito sanitario, come è noto, è infatti, oggetto di particolare attenzione di ANAC, del Ministero della salute e di Agenas. A tale proposito, il PNA 2016 ha previsto una serie di indicazioni obbligatorie al fine di rafforzare la prevenzione in tale contesto.

Con dovizia di particolari, la Sezione II della determina 12/2015 (aggiornamento PNA 2015) prevede l'elencazione di ulteriori aree di rischio in ambito sanitario, le quale evidentemente necessitano di maggiore attenzione da parte delle Aziende del settore; nel prevedere tali aree ulteriori, ANAC indica le relative cautele da allestire a presidio del principio di legalità, oltre al rispetto, invero scontato, del Codice appalti pubblici e delle linee guida ANAC in tema. Inoltre la stessa Autorità nella sezione VII della delibera 831/2016 (PNA 2016) prevede una estensione delle serie di misure di prevenzione già segnalate con la disciplina intera: con particolare enfasi, infatti, prevede il cd. "rafforzamento della trasparenza" proprio in tema di acquisti in Sanità (pag. 86 della delibera 831/2016), suggerisce un set di dati minimo da pubblicare ed un set di dati minimo all'interno degli atti di gara. L'azienda non può dunque sottrarsi a tali indicazioni che sono state rese da ANAC ai sensi dell'art. 3, comma 1 ter del D. Lgs. 33/2013, come novellato dal D. Lgs. 97/2016, che ad ogni buon conto si riporta qui di seguito: "1-ter. L'Autorità nazionale anticorruzione può, con il Piano nazionale anticorruzione, nel rispetto delle disposizioni del

presente decreto, **precisare gli obblighi di pubblicazione e le relative modalità di attuazione**, in relazione alla natura dei soggetti, alla loro dimensione organizzativa e alle attività svolte, ...”.

3. Misure per contrastare il fenomeno della corruzione

3.1. Misure obbligatorie

L’Azienda opera nel territorio della Provincia Autonoma di Bolzano in un territorio in cui i principi di legalità e correttezza sono fortemente ancorati nella cultura delle persone. Le problematiche della corruzione non sono pertanto percepite nell’opinione pubblica come priorità assolute nella riforma della pubblica amministrazione. Sono molto rari i casi o i precedenti giudiziari di corruzione in senso lato all’interno dell’Azienda. Non sono pervenute segnalazioni attraverso il modello del whistleblowing. Nel 2017 è stato registrato un solo caso fatto oggetto di procedimento disciplinare in merito ad una eventuale ipotesi di corruzione. L’Azienda avverte ciò nonostante il dovere di fare proprie le raccomandazioni espresse da A.N.A.C. e di farsi carico dell’onere di promuovere una cultura della legalità e integrità in tutti gli ambiti, di incentivare una maggiore consapevolezza della tematica per prendersi maggiormente cura del bene comune e avviarsi verso un modello di amministrazione condiviso da tutte le parti.

Per quanto riguarda le fonti legislative e le normative che regolano le attività e l’organizzazione dell’Azienda, si chiarisce che l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige è un ente strumentale della Provincia, dotato di personalità giuridica pubblica e di autonomia gestionale (LP n. 3/2017). Alla Provincia di Bolzano, in base allo Statuto di Autonomia (D.P.R. 31 agosto 1972 n. 670), è riservata la competenza normativa primaria per alcune materie tra le quali l’ordinamento provinciale, il personale, le opere pubbliche, i contratti pubblici, nonché in materia dell’igiene e della sanità (compresa l’assistenza ospedaliera). Alcune delle attività definite a rischio corruzione dal presente piano rientrano proprio in tali ambiti e pertanto, per determinate materie, trovano applicazione alcune norme provinciali fondamentali. L’Azienda è suddivisa al suo interno in quattro Comprensori sanitari, che ne costituiscono le articolazioni periferiche delle circoscrizioni territoriali facenti capo alle città di Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico. Ai comprensori sanitari sono attribuite le funzioni che possono essere meglio gestite a livello locale e gli stessi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria.

La legge (art. 1, comma 9, legge 190/12) prevede le seguenti misure obbligatorie (previste in questa sezione a prescindere dal concreto grado di rischio rilevato in ciascuna area decisionale):

Obblighi di informazione al responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza

Al fine di controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, in ogni momento il R.P.C.T. può richiedere alle Strutture Aziendali informazioni e dati relativi a determinati provvedimenti e attività e attinenti ad ogni fatto significativo. Inoltre ogni anno i dirigenti delle ripartizioni aziendali, nonché i direttori medici con incarico di direttore di struttura complessa, devono comunicare al responsabile R.P.C.T. eventuali informazioni importanti (per esempio anche l’introduzione di misure ulteriori di contrasto, l’incremento del rischio, etc.).

Con riferimento agli obblighi di informazione si precisa che:

1. il personale che riceve segnalazioni da soggetti interni o esterni inerenti alla materia della corruzione o dell’illegalità è tenuto ad informare immediatamente il R.P.C.T.;
2. ogni quattro mesi viene effettuato il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione;
3. tutti i dirigenti sono tenuti a segnalare tempestivamente qualsiasi anomalia costituente la mancata attuazione del presente piano, adottando le azioni necessarie per eliminarla oppure, nel caso in cui non rientrino nella propria competenza dirigenziale, proponendo le azioni necessarie;
4. i referenti (direttori di ripartizione aziendale) devono informare sull’effettiva attuazione e sullo stato di implementazione delle misure atte a prevenire il rischio di corruzione nel loro settore, indicando anche le eventuali nuove misure necessarie ad incrementare l’azione preventiva;
5. qualunque atto, circolare o regolamento aziendale che abbia per oggetto anche solo marginalmente la materia della prevenzione della corruzione e l’incremento della legalità deve essere preventivamente vistato dal R.P.C.T.

Monitoraggio dei rapporti tra l’Azienda e i soggetti con cui la stessa stipula contratti:

In questo ambito sono in uso già varie misure di contrasto quali:

- a) il regolamento aziendale per la disciplina delle acquisizioni di lavori, forniture e servizi di importo inferiore alla soglia (delibera n. 2017-A-000555 d.d. 29.12.2017);
- b) le direttive per i membri delle commissioni giudicatrici: al momento dell'accettazione dell'incarico i membri della commissione dichiarano, ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, l'inesistenza di cause di incompatibilità e di astensione in ordine alle ditte partecipanti alla procedura di gara;
- c) la dichiarazione del membro di commissioni giudicatrici sull'insussistenza di conflitti di interesse da rendere prima dell'assunzione dell'incarico;
- d) sul sito istituzionale dell'Azienda – sezione trasparente - è stata rielaborata l'intera sezione: bandi di gara e contratti, inoltre sono state aggiornate le pubblicazioni ai sensi del D.Lgs. n. 50/2016 i.v.f. e della circolare APC (Agenzia per i procedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture) n. 3/2016 d.d. 29.12.2016, relativa agli adempimenti degli obblighi di pubblicità e trasparenza relativi ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Individuazione di specifici obblighi di trasparenza ulteriori

Si rinvia integralmente al capitolo 4: "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" del presente piano. Il R.P.C.T. ha pubblicato sul sito aziendale, in base allo schema predisposto dall'A.N.A.C., la relazione annuale dell'attività svolta nel 2017 in tema di anticorruzione.

Rotazione degli incarichi: Nell'anno 2016 questa misura è stata affrontata da parte dei referenti e del responsabile per la prevenzione con maggiore incisività, pur sussistendo il problema delle risorse personali aventi una formazione specifica richiesta, che risultano limitate, sia a livello della dirigenza amministrativa che sanitaria. In osservazione dei principi di efficacia, economicità e speditezza dell'azione amministrativa, di cui all'art. 1, comma 1 della L.P. n. 17/1993, la misura non viene pertanto applicata nelle aree in cui è richiesta una qualificazione specialistica che richiede anni di esperienza "sul campo" ed una formazione specifica. Il poter disporre di personale altamente qualificato in settori ad elevata complessità (come ad esempio l'area del personale o degli acquisiti), costituisce uno dei principali strumenti di prevenzione della corruzione. In tali settori la misura non viene pertanto applicata e si punta su altre misure di prevenzione. Ciò non significa che in alcuni ambiti il meccanismo della rotazione non venga applicato in via automatica. Ad esempio nei collegi di esame la rotazione dei membri è garantita in ogni caso, in quanto i membri scelti sono da un lato prescritti dalla legge e dall'altro devono rivestire una certa qualifica e specialità nel rispetto dell'appartenenza al gruppo linguistico e al genere e, quindi, i membri delle commissioni ruotano automaticamente. Inoltre la tematica è stata compiutamente discussa il 17.11.2016 con i Direttori di Ripartizione aziendale ed è stata fatta infine oggetto di specifica valutazione nella seduta del 29.11.2016, ove, è stato concordato di proporre una programmazione pluriennale graduale, tenuto conto anche delle misure già adottate nel corso degli anni. In quest'ottica, nell'allegato I del piano aziendale triennale di prevenzione della corruzione 2016-2018 sono state già previste per il settore degli appalti ulteriori misure per prevenire il rischio di corruzione in tale ambito e sono già state formulate nuove proposte in vista dell'aggiornamento del piano; è stata manifestata la disponibilità ad effettuare verifiche periodiche tra gli uffici dotati della medesima competenza tra i vari Comprensori sanitari, con particolare attenzione agli acquisti sotto i 40.000,00.- euro; ai sensi della recente deliberazione G.P. n. 1226 del 15.11.2016, a partire dal 2016 circa il 6% delle procedure espletate sarà sottoposto al controllo di regolarità da parte della neo istituita unità di audit dell'Agenzia provinciale per i procedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture; si vorrebbe introdurre la sottoscrizione dei capitolati tecnici e dei criteri di valutazione delle gare più rilevanti da parte della Direzione sanitaria/tecnico-assistenziale rispettivamente Direzione medica/Dirigenza tecnico-assistenziale, risultando in tale ottica auspicabile l'istituzione di una struttura professionale stabile a supporto dei RUP nell'attività di elaborazione dei capitolati tecnici e dei criteri di valutazione, inoltre nell'anno 2017 una gara per Compensorio della Ripartizione Tecnica verrà svolta da un altro Compensorio, p.e. l'Ufficio Tecnico competente per il Compensorio di Bolzano svolge una gara di competenza del Compensorio Brunico; nell'ambito del personale è già avvenuta di fatto una naturale rotazione del personale dirigente pari al 25%, dovuta a nuove assunzioni; infine è stato proposto uno scambio interno di mansioni tra i vari collaboratori degli uffici prestazioni. Nell'Area Tecnico-Assistenziale sono vigenti le seguenti misure: informazione e formazione del personale sul tema anticorruzione, regola per cui il personale evita in generale di assistere i propri familiari durante le

visite a domicilio, regolamenti per la gestione dei turni, regolamenti per la programmazione delle ferie, regolamenti per la sostituzione del personale in caso di assenze ed infine vengono regolarmente sensibilizzati i collaboratori/collaboratrici sul tema di accettazioni regali e denaro. La distanza professionale con i pazienti nell'ambito assistenziale ora descritta è soggetta a controllo da parte dei coordinatori; inoltre i Dirigenti Tecnico-assistenziali controllano i loro coordinatori sul campo, per esempio eseguono controlli dell'orario del lavoro, della formazione e della pianificazione delle ferie.

Preme aggiungere, in ogni caso, che nel 2017 è comunque avvenuta una c.d. "rotazione di fatto", in virtù del pensionamento di alcuni dirigenti, del trasferimento di altri e del cambio al vertice dell'Informatica, al cui direttore non è stato confermato l'incarico.

Formazione in materia di etica e legalità rivolta a tutto il personale, in particolare alla dirigenza e al personale addetto alle aree a rischio e al R.P.C.T.: per il 2015 tutta la dirigenza amministrativa è stata obbligata a frequentare almeno un aggiornamento sul tema della prevenzione della corruzione, trasparenza, incompatibilità e inconfiribilità. Tale obbligo è stato previsto in sede di predisposizione degli obiettivi per il 2016. Visto che la formazione in materia di anticorruzione deve intendersi come continua e specifica: per l'anno 2018 si prosegue con la formazione, la quale si sviluppa sull'istruzione di base degli anni 2014, 2015, 2016 e 2017 mediante la formazione in-house distinta eventualmente per profilo dei partecipanti. Il programma di formazione dovrà indicativamente diffondere e approfondire:

- a) la normativa sulla prevenzione della corruzione;
- b) gli adempimenti dalla stessa richiesti;
- c) il P.T.P.C.T.;
- d) i compiti dei responsabili e dei dipendenti;
- e) il *whistleblowing*;
- f) il codice di comportamento;
- g) la trasparenza e gli obblighi di pubblicazione;
- h) il conflitto di interesse "anche potenziale" e l'obbligo di astensione;
- i) i reati contro la pubblica amministrazione;
- j) le tematiche specifiche per i singoli settori.

La formazione ha l'obiettivo di informare i dipendenti sul sistema delle politiche, dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della promozione dell'etica e della legalità.

Il percorso formativo deve essere adeguato al livello di preparazione, alla qualifica di appartenenza e alle funzioni che il dipendente è chiamato a svolgere quale soggetto attivo nella prevenzione della corruzione.

La formazione nel 2017 risultava inizialmente indirizzata ai professionisti sanitari, nel corso dell'anno è stata allargata anche ai dirigenti dell'area tecnica assistenziale. Nel corso dell'anno 2017 l'Azienda ha organizzato tredici corsi di formazione in tema di trasparenza, integrità ed anticorruzione per dirigenti del settore sanitario, tecnico assistenziale e amministrativo. Gli eventi formativi hanno avuto luogo in ogni singolo comprensorio e hanno suscitato un vivo interesse. Tali eventi formativi sono stati ripartiti in corsi di base, corsi di secondo livello e workshops e si sono svolti tra i mesi di maggio e novembre 2017. I corsi di secondo livello e workshops sono stati soprattutto frequentati dal personale amministrativo, per approfondire le proprie conoscenze antecedenti. Invece il personale sanitario e tecnico assistenziale ha manifestato più interesse per i corsi base. Per il prossimo triennio sono programmati ulteriori corsi di base e di secondo livello sui suddetti temi. In più si pensa di offrire anche un corso base sui temi anticorruzione, trasparenza e privacy, per iniziare a formare tutto il personale dell'Azienda. Con delibera n. 2017-A-000568 del 29.12.2017 l'Azienda ha approvato il piano formativo del 2018.

Il **codice di condotta** è elemento essenziale del Piano, poiché rappresenta una delle misure ed azioni principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato dal P.N.A. Il codice aziendale è stato adottato con deliberazione n. 117 del 01.07.2014. Esso viene consegnato all'atto di assunzione ad ogni dipendente, e la sua

divulgazione è attuata mediante pubblicazione in Internet e sulle varie bacheche presenti nei C.S. Nel codice degli obblighi di servizio e di comportamento sono contenute le disposizioni che incentivano la prevenzione della corruzione. Nel codice è stato istituito il dovere specifico, in capo a tutti i dipendenti, di rispettare il presente piano, della cui eventuale violazione sarà tenuto conto in sede di responsabilità disciplinare.

Astensione in caso di conflitto di interesse e segnalazione dei potenziali conflitti di interesse al proprio dirigente / al responsabile per l'anticorruzione e trasparenza, sotto pena di responsabilità disciplinare: L'art. 1, comma 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, rup, direttori dell'esecuzione, nonché i dipendenti degli uffici competenti ad effettuare ispezioni, controlli e sanzioni o adottare valutazioni e comunque tutti i dipendenti, collaboratori e consulenti, devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando al proprio responsabile gerarchico ogni situazione di conflitto anche potenziale. Si rinvia agli artt. 8 e 9 del codice di condotta, ove sono definiti gli obblighi specifici ai quali i dipendenti devono attenersi.

In data 15.11.2013 il Direttore della ripartizione personale dell'Azienda ha portato inoltre a conoscenza di tutti i dipendenti le direttive aziendali sull'incompatibilità degli incarichi e la procedura per ottenere l'autorizzazione al lavoro extraistituzionale e fuori dall'orario del lavoro, secondo i criteri previsti dalla contrattazione collettiva.

Sul tema di conflitto di interesse ed inconferibilità si aggiunge che: in data 21.03.2016 il RPCT ha inviato una nota informativa a tutte/tutti le/i dirigenti dell'Azienda, per comunicare che in base alla sentenza del C.d.S. n. 5583/2014 e alla delibera ANAC n. 149/2014 è stato chiarito che le dichiarazioni sull'insussistenza di una delle cause d'inconferibilità dell'incarico ed incompatibilità al conferimento del medesimo ex art. 20 d.lgs. n. 39/2013 i.v.f. devono essere rese esclusivamente dagli organi di vertice dell'Azienda sanitari (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo, Direttore tecnico-assistenziale e Direttori di Comprensorio).

Ne consegue che la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà predetta non va più resa all'atto del conferimento dell'incarico e/o in caso di rinnovo dell'incarico dirigenziale né annualmente entro il 31.01. Ciò premesso, sono stati introdotti due fac-simili. Il primo per la dichiarazione sostitutiva ai sensi del D.P.R. 28.12.2000, n. 445 i.v.f. relativa 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 di cui all'art. 15, co. 1, lett. c) del d.lgs. n. 33/2013 i.f.v. (denominato allegato A). Il secondo invece ai fini di dichiarare eventuali partecipazioni azionarie ed altri interessi finanziari che possano porre la/il dirigente in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge, e a dichiarare se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio, reparto o servizio che dovrà dirigere (denominato allegato B). Inoltre la/il dirigente fornisce informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge.

Gli allegati A e B vengono compilati e consegnati dalle/dai dirigenti all'atto del conferimento o rinnovo dell'incarico. Invece gli organi di vertice dell'Azienda compilano e consegnano ogni anno i descritti documenti.

Anche in quest'area vengono rispettati gli obblighi di pubblicazione. Nel 2018 verrà probabilmente aggiornata la circolare sui temi ora esposti.

Previsione dei casi di inconferibilità: è fatto divieto all'interno dell'Azienda di conferire incarichi dirigenziali e di partecipare a commissioni di concorso o di gara a chi ha subito una condanna penale (sentenza anche non passata in giudicato) per un reato contro la P.A.; si prevede altresì il divieto di svolgere attività di lavoro presso enti privati in relazione a attività svolte in precedenza presso la p.a. (cd. "revolving doors") ed il divieto di conferire incarichi a coloro che provengono da enti di diritto privato finanziati dall'Azienda, o a coloro che sono stati componenti di organi di indirizzo politico.

Tutela del dipendente che segnala illeciti (cd. „whistleblower“) ex art. 54-bis d.lgs. 165/2001: nell'anno 2014 è stato elaborato ed adottato un modulo di segnalazione sulla falsariga delle indicazioni fornite da A.N.A.C. e pubblicato per l'utilizzo sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti", "Corruzione". Il modulo è stato altresì portato a conoscenza di tutti i dipendenti tramite circolare n. 3 del 23.07.2014. Questa

procedura di segnalazione garantisce la tutela dell'anonimato, il divieto di discriminazione ed il diritto che la segnalazione dell'illecito sia sottratta al generale diritto di accesso. Nel 2017 il modulo è stato riformato sulla falsariga del modello rielaborato da ANAC, comprendendo ora le modalità di segnalazione anonima e nominativa, ed è scaricabile dal sito istituzionale www.asdaa.it sotto il link "amministrazione trasparente" – "altri contenuti".

Conclusione dei contratti: nella fase di conclusione dei contratti, nonché nella fase della loro esecuzione, è fatto espresso divieto ai dipendenti dell'Azienda di ricorrere a mediazione di terzi, e di corrispondere o promettere ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare la conclusione o l'esecuzione del contratto.

I dipendenti dell'Azienda si astengono dal concludere per conto dell'Azienda contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali il dipendente abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile e di quelli di modico valore, come specificato nel comma successivo, se da tale condotta possa essere conseguito un vantaggio (economico o altro) al dipendente stesso. In tal caso il dipendente deve astenersi dal partecipare all'adozione ed alle attività relative all'esecuzione del contratto pubblico, redigendone verbale scritto indirizzato al superiore gerarchico.

Il/la dipendente che stipula negozi o contratti a titolo privato, ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile, con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento ed assicurazione, per conto dell'Amministrazione, ne informa per iscritto il superiore gerarchico, qualora si tratti di negozi di entità consistente e ad ogni modo superiore ed eccedente rispetto all'uso comune ed al fabbisogno quotidiano. Si intendono pertanto escluse dall'onere informativo le ipotesi di acquisto di modico valore, quali l'acquisto del fabbisogno ordinario (ad esempio la spesa quotidiana degli alimenti, acquisto di oggetti per la casa, vestiario, farmaci, ecc.).

Il dipendente che riceve rimostranze orali o scritte da persone fisiche o giuridiche partecipanti a procedure negoziali nelle quali sia parte l'Azienda, ne informa il proprio superiore gerarchico.

Relazione annuale: ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge 190/2012, nel termine stabilito il R.P.C.T. cura la relazione che contiene il rendiconto annuale delle misure definite dal presente P.T.P.C.T., tramite il modulo elaborato da A.N.A.C.

3.2. Misure ulteriori

Oltre alle misure obbligatorie, il presente piano definisce anche le seguenti misure di prevenzione generali ulteriori per la prevenzione del rischio corruzione:

- il divieto per tutti i dipendenti di accettare per se o per altri regali salvo quelli d'uso o di modico valore (art. 6 codice di comportamento).
- l'introduzione della dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti esterni, della dichiarazione degli interessi di carattere finanziario, della dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi, della dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi e del modulo per la notifica dei doni ricevuti, introdotta nel 2017 per l'attività del comitato etico aziendale (programmato per altre aree).
- nel 2016 è stato approvato il primo piano aziendale performance 2017 – 2019, che prevede un sistema di misurazione della dirigenza anche sulla base di obiettivi in tema di prevenzione di anticorruzione e maggiore rispetto della legalità, quale strumento supplementare per l'implementazione dei principi di trasparenza ed integrità. Nel 2017 è stato approvato il piano aziendale performance 2018 – 2020. I due piani sono pubblicati nella sezione amministrazione trasparente del sito web aziendale.
- con riferimento allo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*revolving doors*):
 - a) 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.

- b) il rilascio di una nota, al momento della cessazione, ai dipendenti che negli ultimi tre anni hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, che li informi 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 datore di lavoro.
- c) l'Azienda come organizzazione ed i singoli operatori assumono il principio dell'appropriatezza come base per l'erogazione dei servizi al cittadino, soprattutto nella prescrizione e nel consumo di farmaci, presidi e simili. In futuro l'Azienda programma di fare confluire questo tema nella formazione dei dipendenti.
- d) l'Azienda assicura il rispetto delle norme relative alla protezione della vita privata e dei dati di carattere personale e sensibile, impegnandosi a tutelare la dignità della persona e la riservatezza nel trattamento dei dati. In riferimento a quest'ultimo aspetto, l'Azienda ha programmato p.e. corsi di aggiornamento sul tema Privacy, l'adeguamento del sistema Privacy al regolamento 2016/679 della comunità europea e del consiglio europeo d.d. 27 aprile 2016, l'introduzione del dossier sanitario e di un monitoring-accountability system.

Ulteriori misure specifiche riferite alle singole aree a rischio sono elencate nell'allegato I.

4. Programma triennale per la trasparenza e l'integrità

4.1. Le principali novità

In questo capitolo vengono riportate le attività finalizzate all'attuazione della normativa sulla trasparenza eseguite nel corso del 2017:

- a) l'Azienda ha eseguito l'implementazione necessaria ai fini dell'applicazione del decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97;
- b) il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ha redatto e inviato agli interessati la circolare n. 01/2017 d.d. 11.04.2017 relativa alle indicazioni sull'applicazione dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 nella forma vigente – obblighi di pubblicazione relativi a titolari di incarichi pubblici, di incarichi amministrativi, agli incarichi direttivi ed ai dirigenti, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016;
- c) il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, a seguito della delibera n. 382 d.d. 12.04.2017 dell'ANAC, ha redatto e inviato agli interessati la nota informativa riguardante la circolare aziendale n. 01/2017 d.d. 13.04.2017;
- d) il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza ha provveduto alla raccolta dei dati ex art. 14 D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.;
- e) è stato incrementato il flusso informativo interno all'Azienda, con graduale copertura delle aree soggette agli obblighi;
- f) è proseguito l'iter di ricognizione ed analisi di impiego delle banche dati e degli applicativi già in uso in Azienda, allo scopo di individuare eventuali possibilità di generazione automatica di dati, informazioni e documenti richiesti dalla normativa sulla trasparenza;
- g) è stato incentivato l'acquisto di una software che gestisca gli obblighi di trasparenza;
- h) ogni quattro mesi è stato effettuato il monitoraggio degli obblighi di pubblicazione, al fine di verificarne lo stato di adempimento (maggio, agosto e dicembre 2017);
- i) è stato pubblicato nella sotto-sezione "Altri contenuti"/"Dati ulteriori" il Monitoraggio dei dati di accesso alla sezione Amministrazione Trasparente relativa al periodo 1 dicembre – 31 dicembre 2017;
- j) sul sito aziendale sono stati pubblicati gli indirizzi dei nuovi ambulatori e degli orari di apertura del Servizio Provinciale di Medicina dello Sport;
- k) sono stati avviati i lavori diretti all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2018-2020, allo scopo di garantirne l'adozione entro il 31 gennaio 2018;
- l) sul sito istituzionale della Azienda - sotto amministrazione trasparente – è stata interamente rielaborata la sezione: bandi di gare e contratti, inoltre sono state attualizzate le pubblicazioni ai sensi del d.lgs. n. 50/2016 e s.m.i. e della circolare ACP (Agenzia per i procedimenti e la vigilanza in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture) n. 3/2016 d.d. 29.12.2016 relativa agli adempimento degli obblighi di pubblicità e trasparenza relativi ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture;
- m) è stato introdotto e pubblicato il registro degli accessi civici generalizzati;
- n) in data 14.03.2017 e 06.09.2017 hanno avuto luogo riunioni con tutti i referenti sui temi obblighi di trasparenza e accesso civico;
- o) il 04.12.2017 ha avuto luogo la seconda giornata della trasparenza (vedi: Amministrazione Trasparente » Altri contenuti » Dati ulteriori);
- p) in data 18.12.2017 ha avuto luogo una riunione con tutti i referenti, i coordinatori amministrativi e i direttori d'ufficio, ai quali è stato presentato il nuovo metodo di protocollazione interna per poter creare nel 2018 un registro di accessi.

4.2. Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

4.2.1 Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice negli atti di indirizzo

Gli obiettivi strategici che l'Azienda si è fissata anche per il triennio 2018-2020 sono sostanzialmente quelli dei precedenti programmi e sono finalizzati alla realizzazione di un'amministrazione pubblica più aperta, attraverso una migliore accessibilità a tutti i dati, alle informazioni concernenti l'organizzazione, gli andamenti gestionali, l'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, nonché i risultati. L'Azienda ritiene che questi obiettivi miglioreranno i servizi ai cittadini, ma aumenteranno anche la possibilità di controllo degli stakeholder (portatori di interessi) sull'azione dell'Azienda medesima.

Con il presente Programma l'Azienda si prefigge di raggiungere i seguenti obiettivi strategici:

- ✓ assicurare ai cittadini l'effettiva conoscenza dei servizi offerti dall'Azienda (caratteristiche e modalità di erogazione);
- ✓ rafforzare il rapporto fiduciario con i cittadini;
- ✓ semplificare il rapporto con i cittadini, migliorando i processi di ascolto;
- ✓ favorire un rapporto diretto tra azienda e cittadino;
- ✓ rendere più accessibili e fruibili i propri dati;
- ✓ garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, la legalità dell'azione aziendale, rendendo conto della correttezza e dell'efficacia degli atti/provvedimenti adottati;
- ✓ consentire il controllo "diffuso" sull'attività dell'Azienda;
- ✓ incidere sul senso di appartenenza e sulla motivazione dei dipendenti, creando un buon sistema di comunicazione tra tutti i soggetti dell'azienda.

4.2.2 Valutazione del livello di raggiungimento degli obiettivi assegnati

Tutti i dirigenti dell'Azienda sono sottoposti ad un sistema di valutazione degli obiettivi assegnati, che si esplica attraverso una procedura di monitoraggio e di misurazione del livello di raggiungimento degli obiettivi negoziati ad inizio anno, da parte di ciascun dirigente con il proprio valutatore.

Il processo di valutazione si articola nelle seguenti fasi:

- negoziazione ad inizio anno degli obiettivi tra valutato e valutatore;
- eventuale revisione degli obiettivi assegnati, in caso di circostanze che rendano necessaria la rimodulazione degli obiettivi o la previsione di nuovi;
- valutazione in contraddittorio tra valutato e valutatore, con assegnazione di una percentuale alla quale è collegata la retribuzione di risultato.

Si rinvia a quanto esposto nel paragrafo 2.3. sul futuro sistema dei controlli interni in Azienda sanitaria dell'Alto Adige.

4.2.3 Modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento

L'Azienda promuove il coinvolgimento degli stakeholder e favorisce la raccolta dei feedback (commenti/suggerimenti) sul grado di utilità e completezza dei dati pubblicati e sugli eventuali reclami e suggerimenti segnalati, nell'ottica di un continuo processo di aggiornamento, miglioramento e di monitoraggio dell'efficacia del programma, nonché al fine di garantire il principio di utilizzabilità dei dati e delle informazioni pubblicate. I rapporti con gli stakeholder sono improntati su criteri di trasparenza e di leale collaborazione e sono curati principalmente dalla Ripartizione Comunicazione, marketing e relazioni con il pubblico.

L'individuazione degli stakeholder, interni ed esterni, permette di ottenere un quadro rappresentativo dei diversi interessi e di compiere scelte consapevoli. I principali stakeholder individuati dall'Azienda sono:

- cittadini;
- pazienti/utenti/familiari;
- dipendenti;
- organizzazioni sindacali;

- comitati aziendali;
- associazioni;
- imprese/fornitori;
- media;
- Provincia autonoma di Bolzano;
- organizzazioni di professionisti nell'ambito della sanità;
- medici di base e pediatri di libera scelta;
- strutture convenzionate.

Strumenti adottati per la partecipazione degli stakeholder:

- organizzazione e gestione della comunicazione esterna ed interna (es. diffusione ed aggiornamento della Carta dei servizi; gestione ed aggiornamento del sito web aziendale e del sito intranet; posta elettronica aziendale; posta elettronica certificata (PEC); organizzazione di eventi aziendali, gestione dell'immagine aziendale; giornalini aziendali; opuscoli per il paziente, etc.);
- questionario di valutazione della sezione "Amministrazione trasparente";
- gestione dei reclami/suggerimenti;
- cura dei rapporti con le associazioni di volontariato, associazioni di utenti ed altre associazioni;
- giornate della trasparenza;
- gestione dei rapporti con i media (comunicati stampa, conferenze stampa, etc.).

4.2.4 Redazione e adozione

Il processo di formazione e di attuazione del Programma si articola in varie fasi fra loro collegate, in ognuna delle quali sono individuate le strutture operative che vi partecipano, i rispettivi ruoli e le responsabilità.

Nello specifico, alla promozione ed al coordinamento del processo di formazione ed adozione del Programma contribuiscono:

1. la Direzione generale, che avvia il processo ed indirizza le attività volte all'aggiornamento del Programma;
2. il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, che cura l'aggiornamento del Programma sulla base dei dati forniti dalla singole strutture operative, dallo stesso coinvolte, cui spetta il compito di partecipare all'individuazione, elaborazione e pubblicazione dei dati e delle informazioni necessarie ad assicurare la trasparenza dell'operato dell'Azienda.

Nel presente Programma sono individuati gli adempimenti in materia di trasparenza rientranti nell'ambito soggettivo di competenza dell'Azienda che è tenuta a rispettare, nonché le singole strutture operative dell'Azienda coinvolte a vario titolo nella pubblicazione dei dati e delle informazioni.

Come previsto dalla Legge, il piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza, insieme agli aggiornamenti, vengono approvati dal Direttore Generale su proposta del R.P.C.T. e pubblicati nella sezione predisposta del sito istituzionale. Con la determinazione n. 12 del 28.10.2015 e la determinazione n. 831 del 03.08.2016 dell'ANAC il programma della trasparenza è stato considerato una sezione autonoma del piano triennale della prevenzione della corruzione.

4.3. Iniziative di comunicazione della trasparenza

4.3.1 Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati

Le iniziative a sostegno della diffusione della trasparenza si sostanziano in attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati.

Di seguito gli strumenti/le iniziative:

- **Sito web aziendale:** esso rappresenta per l'Azienda il principale ed immediato strumento di comunicazione con l'esterno e fornisce utili informazioni sull'organizzazione e sulla gestione dell'Azienda, sulle sue strutture, sui servizi offerti e le relative modalità di accesso;
- **MySabes (Intranet aziendale):** è uno degli strumenti che l'Azienda utilizza per comunicare con i propri dipendenti (es. pubblicazione del cedolino stipendiale, pubblicizzazione di iniziative aziendali, piattaforma per lo scambio di documenti per gruppi di lavoro, etc.);
- **Casella di posta elettronica aziendale:** la cosiddetta E-mail aziendale costituisce lo strumento efficace, veloce e sicuro con cui l'Azienda può diffondere circolari, informazioni e notizie di interesse del personale;
- **Posta elettronica certificata (PEC);**
- **Carta dei servizi sanitari:** è uno strumento che presenta le informazioni necessarie per accedere ai servizi erogati dall'Azienda e che illustra i diritti e i doveri dei cittadini;
- **Opuscoli per il paziente:** forniscono utili informazioni circa l'accesso alle strutture dell'Azienda ed ai servizi offerti;
- **Giornalino aziendale (One):** periodicamente l'Azienda pubblica il giornalino che contiene informazioni riguardanti l'organizzazione aziendale, iniziative ed eventi;
- **Inseriti sanità sui quotidiani locali:** periodicamente l'Azienda acquista pagine speciali dedicate alla sanità su quotidiani locali per promuovere nuovi servizi, pubblicizzare particolari iniziative, progetti di gruppi di lavoro di interesse della collettività;
- **Formazione ad hoc** dei dipendenti nella materia della trasparenza e dell'integrità;
- **Riunioni con i Referenti:** per rinforzare il dialogo sul tema della trasparenza nell'Azienda;
- **Giornate della trasparenza.**

4.3.2 Organizzazione e risultati attesi delle Giornate della trasparenza

Le giornate rappresentano uno dei momenti in cui si attua maggiormente il principio della partecipazione e della trasparenza. Sono un momento di confronto e di ascolto per conseguire due degli obiettivi principali della trasparenza:

- la partecipazione dei cittadini/stakeholder, per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- il coinvolgimento dei cittadini/stakeholder nell'attività dell'Azienda, al fine di migliorare la qualità dei servizi ed il controllo sociale.

Le giornate rappresentano pertanto la giusta occasione per fornire le necessarie informazioni sul programma e per fornire altresì un panorama sull'attività dell'Azienda, sulle risorse, sui servizi erogati, sulle "Best Practice" e sui risultati conseguiti e simili.

L'Azienda ha organizzato il 2 novembre 2015 la 1. Giornata della trasparenza, nella quale è stato presentato il Piano triennale della prevenzione della corruzione 2015-2017, la sezione "Amministrazione trasparente" e le sotto-sezioni di maggiore interesse sia per i soggetti interni che esterni all'Azienda. È stata inoltre illustrata la grande sfida di conciliare gli obblighi di pubblicazione prescritti dalla normativa sulla trasparenza con la normativa sul trattamento dei dati personali.

Nel 2016 l'Azienda non ha organizzato una specifica giornata della trasparenza, avendo deciso di farla confluire nel programma dell'evento sulla tematica Privacy, tenutosi in data 30.11.2016. Il riassunto di tale evento è stato pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente, sotto-sezione "Altri contenuti", sotto-sezione "Dati ulteriori".

In data 04.12.2017 ha avuto luogo la seconda giornata della trasparenza. In tale occasione sono state presentate, a soggetti interni ed esterni, le novità introdotte dal piano triennale della prevenzione della corruzione e trasparenza 2018-2020 e la sezione Amministrazione trasparente, con il focus sull'accesso civico. Inoltre è stato riferito sul tema della Privacy nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e è stato presentato il piano delle performance.

I resoconti della prima e seconda giornata della trasparenza sono consultabili nella sezione Amministrazione trasparente, sotto-sezione "Altri contenuti", sotto-sezione "Dati ulteriori".

4.4. Processo di attuazione del Programma

4.4.1 Individuazione delle strutture responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati

Nella tabella di cui Allegato II, alla quale si fa esplicito rinvio, viene riportata, come per il programma precedente, la descrizione degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/2013 s.m.i. e alla deliberazione dell'A.N.A.C. n. 50/2013 e relative linee guida. La tabella contiene principalmente:

- i termini di aggiornamento dei dati e informazioni;
- la struttura responsabile della produzione, aggiornamento, trasmissione dei dati;
- la struttura responsabile della pubblicazione.

I dirigenti della struttura responsabile della produzione, aggiornamento e trasmissione dei dati, assumono altresì la piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza e tempestività di detta trasmissione, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati alla struttura responsabile della pubblicazione, salvo esplicita delega da comunicare al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza espleta le proprie funzioni di coordinamento, e conseguente monitoraggio, delle attività dei dirigenti preposti alle strutture responsabili della produzione, aggiornamento e trasmissione dei dati attraverso le seguenti modalità:

- comunicazioni, informazioni e disposizioni operative diffuse prioritariamente attraverso modalità semplificate p.e. riunioni con i direttori di ripartizione a livello aziendale e coordinatori amministrativi e posta elettronica;
- messa a disposizione del monitoraggio quadrimestrale dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione, finalizzato all'individuazione di eventuali dati ed informazioni mancanti, incompleti o per i quali siano necessari interventi in termini di accessibilità, comprensibilità e/o formato di pubblicazione e, di conseguenza, anche al miglioramento costante e graduale della trasparenza dell'attività aziendale;
- organizzazione e supervisione di specifici gruppi di lavoro interni;
- messa a disposizione di materiale e documentazione di particolare interesse per gli adempimenti relativi alle singole sotto - sezioni (pareri, chiarimenti, FAQ ed ogni ulteriore aspetto di supporto giuridico, tecnico e metodologico);
- presentazione dei risultati del questionario di valutazione della sezione "Amministrazione trasparente" compilato dai visitatori;
- qualsiasi altra modalità ritenuta adeguata ai fini dell'esercizio delle proprie funzioni di coordinamento e monitoraggio.

4.4.2 Referenti per la trasparenza

L'Azienda e nello specifico il R.P.C.T. si riservano il diritto di nominare nel prosieguo i Referenti aziendali per la trasparenza, tendenzialmente individuati nei Direttori di Ripartizione aziendale.

4.4.3 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

L'Azienda mette in atto, ai fini degli adempimenti normativi in materia di trasparenza, come per gli anni precedenti, le seguenti misure:

- a) analisi e definizione univoca, per ciascun obbligo di pubblicazione, del contenuto e della forma di presentazione dei dati, che deve rispondere a precisi requisiti di completezza, chiarezza e usabilità;
- b) rivalutazione, per ciascun obbligo di pubblicazione, dell'opportunità che i documenti, le informazioni ed i dati vengano pubblicati direttamente dalla struttura responsabile della sezione/sotto-sezione deputata alla produzione ed all'aggiornamento, oppure che vengano pubblicati dalla Ripartizione Comunicazione, marketing e relazioni con il pubblico;
- c) semplificazione del processo di pubblicazione, mediante l'attivazione, ove possibile, di flussi automatici di pubblicazione;

- d) adeguamento continuo della sezione "Amministrazione trasparente" del sito web aziendale alla normativa vigente;
- e) trasferimento nella sezione "Amministrazione trasparente" delle informazioni già presenti nel sito web aziendale, previa analisi dell'esistente;
- f) adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante dei cittadini ed aiutare l'Azienda nel compito di garantire la qualità delle informazioni;
- g) programmazione di iniziative formative in materia di trasparenza.

4.4.4 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza

Il monitoraggio e l'audit sull'attuazione del programma sono svolti da soggetti preposti interni all'Azienda, al fine di verificare la progressiva esecuzione delle attività programmate e il raggiungimento degli obiettivi.

Il monitoraggio avrà di regola cadenza quadrimestrale e riguarderà il processo di attuazione del programma attraverso la scansione delle attività e l'indicazione degli scostamenti dal piano originario, nonché eventuali azioni nuovamente programmate per il raggiungimento degli obiettivi.

4.4.5 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione trasparente"

L'Azienda, al fine di rilevare il livello di interesse dei cittadini a quanto pubblicato sul sito web aziendale, ha attivato nel 2014 tramite Google Analytics gli strumenti tecnici per monitorare i dati di accesso alla sezione "Amministrazione trasparente" ed alle diverse sotto-sezioni. Con i risultati alla mano verranno pubblicati annualmente i dati di accesso alle pagine di maggior interesse (top ten) elencando in dettaglio: le visualizzazioni di pagina, nonché di pagina uniche, il tempo medio sulla pagina, la frequenza di rimbalzo, la percentuale di uscita.

L'Azienda ha predisposto e pubblicato sul sito web aziendale un questionario per i visitatori della sezione, finalizzato all'acquisizione di elementi relativi all'effettivo utilizzo dei dati pubblicati, al grado di soddisfazione in merito alle informazioni, al grado di chiarezza delle medesime informazioni. Questo al fine di permettere all'Azienda di apportare i necessari miglioramenti.

4.4.6 Accesso civico e accesso civico generalizzato

Premesso che per:

- "accesso documentale" si intende l'accesso disciplinato dal capo V della legge 241/1990;
- "accesso civico" si intende l'accesso di cui all'art. 5, comma 1, del decreto legislativo n. 33/2013 i.v.f., ai documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione;
- "accesso civico generalizzato" si intende l'accesso di cui all'art. 5, comma 2, del decreto legislativo n. 33/2013 i.v.f.

Ciò premesso, si descrivono di seguito l'accesso civico e l'accesso civico generalizzato:

Accesso civico

L'accesso civico, come previsto dall'art. 5, comma 1 del decreto legislativo n. 33/2013 i.v.f., è il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che la Pubblica Amministrazione ha omesso di pubblicare, pur avendone l'obbligo. La richiesta è gratuita, non deve essere motivata e va indirizzata direttamente al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza mediante apposita modulistica.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, dopo aver ricevuto la richiesta, la trasmette al/alla Dirigente responsabile per materia e ne informa il/la richiedente. Il/la Dirigente, entro 30 (trenta) giorni, pubblica il documento, l'informazione o il dato richiesto e comunica al/alla richiedente

l'avvenuta pubblicazione indicandone il collegamento ipertestuale. Se quanto richiesto risulta già pubblicato, ne dà comunicazione al/alla richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Nei casi di ritardo o mancata risposta, il/la richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo ai sensi dell'art. 5, c. 4 del decreto legislativo n. 33/2013. I recapiti a cui presentare la richiesta di accesso civico sono stati indicati nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti", sotto-sezione "Accesso civico".

Accesso civico generalizzato

A norma del decreto legislativo n. 33/2013, come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016, la trasparenza va intesa come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle Pubbliche Amministrazioni. Quindi tali dati e documenti sono oggetto dell'accesso civico generalizzato, oltre a quelli oggetto di pubblicazione.

L'accesso civico generalizzato va inteso quale diritto di chiunque ad accedere ai dati ed ai documenti detenuti dalla Pubblica Amministrazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi giuridicamente rilevanti.

L'istanza di accesso civico generalizzato può essere presentata da chiunque e deve contenere gli estremi dei dati, delle informazioni o dei documenti richiesti, senza necessità di motivazione. L'istanza può essere trasmessa all'Amministrazione sia in forma cartacea sia per via telematica.

Come previsto dall'articolo 5 bis), commi 1 e 2 del decreto legislativo n. 33/2013, l'accesso civico generalizzato è escluso se comporta un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- a) la sicurezza pubblica e l'ordine pubblico;
- b) la sicurezza nazionale;
- c) la difesa e le questioni militari;
- d) le relazioni internazionali;
- e) la politica e la stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- f) la conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- g) il regolare svolgimento di attività ispettive.

L'accesso civico generalizzato è inoltre escluso se costituisce un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati:

- a) la protezione dei dati personali, in conformità con la disciplina legislativa in materia;
- b) la libertà e la segretezza della corrispondenza;
- c) gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

La richiesta di accesso civico generalizzato può essere presentata in teoria a:

- a) l'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) l'ufficio relazioni con il pubblico;
- c) il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, ove l'istanza abbia a oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del decreto n. 33/2013.
- d) altro ufficio indicato dall'Amministrazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale: referente accesso civico.

L'accesso può essere negato con espressa motivazione per la tutela di interessi pubblici e privati.

Nel caso in cui l'Amministrazione individui dei soggetti controinteressati, è tenuta a dare loro comunicazione della presentazione dell'istanza di accesso ricevuta. I controinteressati hanno 10 (dieci) giorni per presentare la loro motivata opposizione alla richiesta.

Il procedimento deve concludersi con provvedimento espresso e motivato entro 30 (trenta) giorni dalla presentazione dell'istanza

In caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro 30 (trenta) giorni, il/la richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza. Anche i controinteressati, in caso di non accoglimento della loro proposta di diniego dell'accesso, possono presentare richiesta al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

Avverso la decisione o, in caso di richiesta di riesame, avverso la decisione del Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale.

Le informazioni e i recapiti a cui presentare la richiesta di accesso civico generalizzato sono stati indicati nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti", sotto-sezione "Accesso civico".

Ciò premesso, l'Azienda già nel 2016 ha recepito le nuove regole di accesso, aggiornando anche l'applicativo sul proprio sito. Nel 2017 l'Azienda si è poi orientata alla circolare n. 2/2017 del Ministero della Semplificazione e pubblica amministrazione e ha introdotto di seguito il registro degli accessi civici generalizzati. Il suddetto registro è stato pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti", sotto-sezione "Accesso civico". L'Azienda programma per il 2018 di iniziare a predisporre un sistema di raccolta per la registrazione degli accessi documentali e degli accessi civici che di seguito potranno confluire in un registro, che contenga tutti gli accessi. Tale registro comprendente tutte e tre le tipologie di accesso sarà oggetto di pubblicazione.

4.5. Dati ulteriori

L'Azienda ha pubblicato nella sezione "Amministrazione trasparente", sotto-sezione "Altri contenuti - Dati ulteriori" il monitoraggio dei dati di accesso alla sezione "Amministrazione trasparente", nonché il resoconto della prima e seconda giornata della trasparenza e quello del convegno sul tema della Privacy.

L'Azienda si riserva la possibilità di individuare, anche sulla base delle osservazioni pervenute, ulteriori dati da pubblicare nella predetta sotto-sezione.

5. Controllo sull'implementazione delle misure (monitoraggio)

Il piano individua il seguente sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure di contrasto alla corruzione: in seguito alla mappatura dei processi decisionali attuata dalle ripartizioni aziendali definite a rischio obbligatorie, nonché all'analisi dei rischi ivi rilevati, si è proceduto alla elencazione delle misure di prevenzione già in uso, nonché alla ulteriore programmazione ritenuta necessaria per prevenire e combattere eventuali fenomeni di corruzione (si rinvia all'allegato ,I nel quale vengono indicati nelle schede gli indicatori, i tempi, i responsabili e le modalità di verifica dell'attuazione).L'implementazione delle misure di prevenzione programmate nelle aree sottoposte alla mappatura per l'anno 2017 è stata sottoposta a monitoraggio nel rispetto di quanto previsto e programmato dai referenti, alla luce altresì di eventuali modifiche organizzative e normative.

6. Gestione del rischio

È l'insieme delle attività coordinate dal R.P.C.T. per contrastare il rischio e tenerlo sotto controllo.

Lo strumento per gestire il rischio è costituito da una corretta pianificazione, di cui lo strumento principale è costituito dal presente piano triennale.

L'intero processo di gestione del rischio richiede l'attivazione di meccanismi di consultazione con i dirigenti di tutte le aree di rispettiva competenza. Per l'attività di identificazione, di analisi e di ponderazione dei rischi si esamina la possibilità di costituire appositi e specifici gruppi di lavoro, al fine di assicurare un confronto realistico e produttivo.

L'anno 2015 e 2016 è stato dedicato al rilevamento della mappatura dei processi decisionali e all'analisi del rischio nelle aree a rischio cosiddette obbligatorie e delle aree di cui sopra. Dopo le fasi della mappatura dei processi e la valutazione del rischio per ciascun processo, in questa fase l'operato dell'Amministrazione sarà finalizzato al trattamento concreto del rischio (tramite un sistema informativo unitario, implementazione delle misure di contrasto, coinvolgimento dei dirigenti, task force, associazioni e sindacati, ecc.). Nel 2017 sono stati monitorati tutti i processi decisionali.

7. Aggiornamento del piano

Il presente piano è un documento programmatico e dinamico andrà aggiornato annualmente a causa di:

- a) normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- b) normative sopravvenute che modifichino le finalità istituzionali dell'amministrazione;
- c) emersione di nuovi rischi non emersi in fase di predisposizione del piano;
- d) nuovi indirizzi o direttive impartite dall'A.N.A.C..