

AUTONOME PROVINZ
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

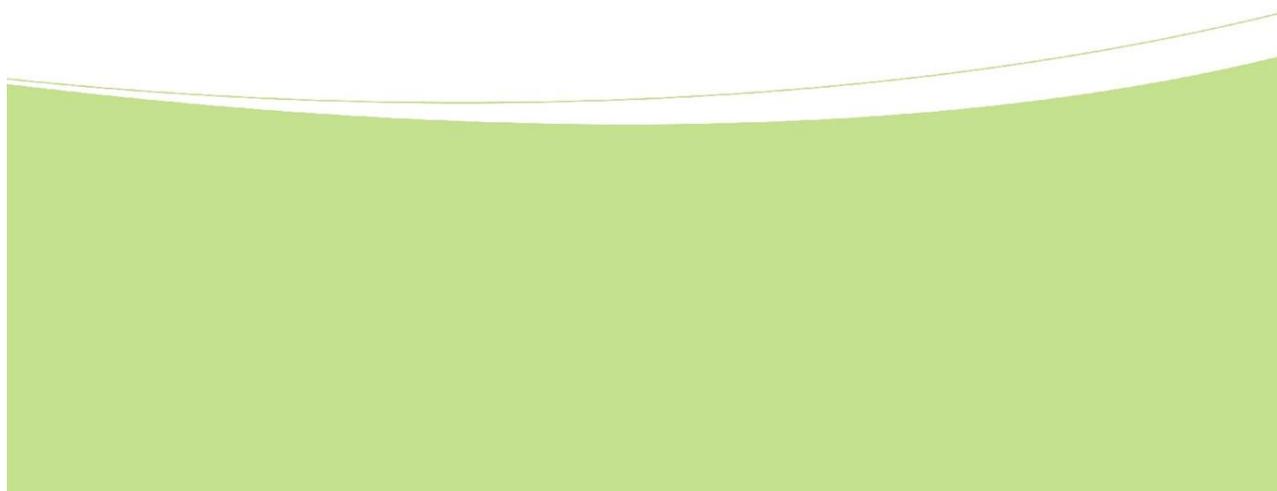
Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtiroi

Relazione sulla performance 2024



Sommario

Premessa	2
1 Finalità	2
2 Contenuti	3
2.1 Alcuni indicatori prestazionali, di performance e di risorse dell’Azienda Sanitaria 2019-2024	3
2.2 Misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo Annuale 2024	27
3 Prevenzione della corruzione e trasparenza	28
3.1 Ruolo RPCT e valutazione delle attività	28
3.2 Trasparenza	33
4 Situazione economico-finanziaria per il triennio 2024-2026	36
5 Soddisfazione dei pazienti e qualità percepita nell’Azienda sanitaria dell’Alto Adige	37
5.1. Qualità percepita	37
5.2 Reclami e segnalazioni	38
6 Indagine del clima organizzativo dell’Azienda Sanitaria	41
7 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, il benessere lavorativo e il contrasto alle discriminazioni	51
7.1 Analisi dei dati sul personale e monitoraggio	51
7.2 Azioni positive e progetti	55
7.3 Pubblicazioni e pubbliche relazioni	56
8 Comunicazione esterna e interna	56
9 Migliorare la salute e qualificare il governo clinico (Qualità, appropriatezza e risk management) .	58

Allegato “Relazione agli obiettivi da Programma operativo annuale 2024”

Premessa

La presente relazione illustra il raggiungimento nell'anno 2024 degli obiettivi fissati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che al suo interno prevede anche il Programma operativo annuale (POA).

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha adottato il Piano integrato di attività e organizzazione 2024 – 2026 con delibera del Direttore Generale n. 119 del 30.01.2024 e il Programma operativo annuale 2024 con delibera del Direttore Generale n. 1519 del 27.11.2023.

Si ritiene opportuno riunire in un unico documento le relazioni ai diversi documenti di pianificazione e programmazione, riportando anche una serie di dati e di indicatori rappresentati in forma semplificata ed aggregata, in modo da assolvere alla funzione di accountability verso la comunità e a tutti gli ulteriori stakeholder, interni ed esterni, attraverso una forma snella e comprensibile.

La relazione segue le indicazioni previste dalla versione vigente del Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 riguardante la "misurazione, valutazione e trasparenza della performance" e le disposizioni dell'art. 9-ter, della L.P. n. 14, 5.11.2001 riguardante l'illustrazione del raggiungimento degli obiettivi fissati nel Programma Operativo Annuale (POA), nonché Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO).

La presente Relazione sulla Performance è inoltre pubblicata sul sito dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (www.asdaa.it) nella sezione "Amministrazione trasparente", sottosezione "Performance/Relazione sulla Performance", dal quale può altresì essere scaricata.

1 Finalità

La performance è il contributo che un'azienda, attraverso la propria azione, apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi per i quali è stata costituita. La sua misurazione e valutazione per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nel suo complesso, nonché delle unità organizzative in cui si articola e dei singoli dipendenti di cui si compone, sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali presenti nell'Azienda stessa.

Il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) - documento programmatico triennale - introdotto dall'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021 n. 113, è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance in quanto esplicita, in coerenza con le risorse assegnate, gli obiettivi e gli indicatori sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, come previsto dal Titolo II del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 così come integrato e modificato dal D.Lgs 1° agosto 2011, n. 141 e dal D.Lgs. 25 maggio 2017, n.74, sviluppa il proprio ciclo della gestione della performance in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione economico-finanziaria e del bilancio.

Il Piano integrato di attività e organizzazione ed il Piano Generale Triennale, previsto dalla normativa provinciale all'art.2 co.2 e 4 della L.P. 14/2001 (e s.m.i. di cui alla L.P. 24 settembre 2019, n.8), perseguendo le stesse finalità, sono predisposti in un unico documento (Decreto della Ripartizione Salute della Provincia Autonoma di Bolzano n. 590/2019).

Il ciclo della gestione della performance parte dalla definizione degli obiettivi che l'Azienda si propone per il triennio nel Piano integrato di attività e organizzazione, demandando al Programma operativo annuale quanto previsto dagli articoli 3 e 4 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, relativamente all'assegnazione degli obiettivi operativi, alla misurazione e alla valutazione della performance delle unità organizzative e ai singoli dipendenti, per il primo anno del periodo triennale.

In corso di esercizio sono stati effettuati dei monitoraggi intermedi per verificare, ove possibile, lo stato di avanzamento degli obiettivi e l'attivazione di eventuali interventi correttivi.

L'adozione della Relazione sulla Performance anno 2024 conclude il ciclo della performance dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige e rappresenta anche uno strumento di miglioramento gestionale, grazie al quale l'Azienda può riprogrammare obiettivi e risorse tenendo conto dei risultati ottenuti nell'anno precedente e migliorando, progressivamente, il funzionamento del ciclo della performance.

2 Contenuti

La Relazione sulla Performance illustra – fra gli altri argomenti trattati - i principali risultati a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale).

A tal fine si riportano nel capitolo 2.1. alcuni dati di attività e gli indicatori più significativi per rappresentare il grado di appropriatezza, qualità clinica ed efficienza raggiunti. Inoltre, nello stesso capitolo sono anche esposti i piani della produzione.

La misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo Annuale 2024 - sia a livello aziendale che a livello delle unità organizzative e ai singoli dipendenti è riportata al capitolo 2.2. Nell'elenco degli obiettivi previsti dal Programma operativo annuale sono esplicitati i risultati riferiti agli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance.

2.1 Alcuni indicatori prestazionali, di performance e di risorse dell'Azienda Sanitaria 2019-2024

STATO DI SALUTE E ASPETTATIVA DI VITA

Indicatori vari tratti dalla Relazione sanitaria della Provincia autonoma di Bolzano 2023

Percentuale della popolazione che soffre di almeno una malattia cronica: 31,2%

Età media di malati cronici: 63,1 anni

Speranza di vita alla nascita: Maschi 82 anni

Speranza di vita alla nascita: Femmine 86,8 anni

Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio - Maschi 715,1 per 100.000

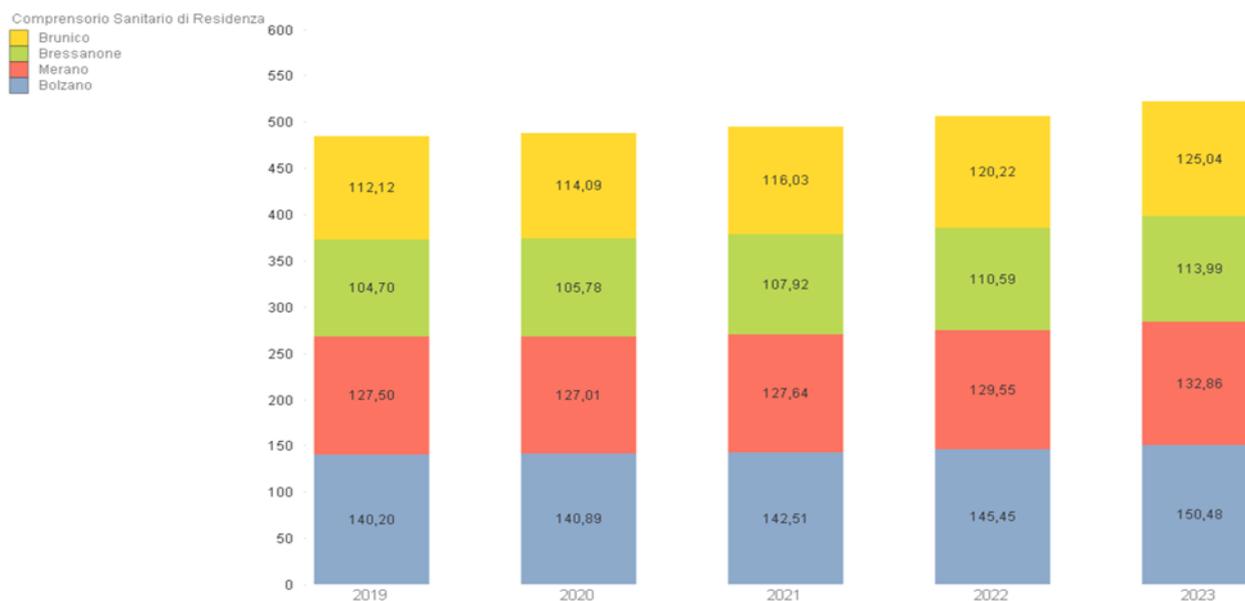
Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio - Femmine 577,1 per 100.000

Disturbi Psicici: Prevalenza di pazienti assistiti dai Centri di Salute Mentale: 22,2 per 1.000 abitanti

Struttura e speranza di vita della popolazione

L'indice di vecchiaia è pari a 136,1 anziani (65 anni e oltre) ogni 100 ragazzi (0-14 anni). Tale indice è cresciuto di oltre 9 punti negli ultimi cinque anni evidenziando valori più elevati tra le donne (155,1%) rispetto agli uomini (118,2%). Il valore dell'indice provinciale rimane tuttavia significativamente inferiore rispetto a quello nazionale, pari a 193,1%.

Indice Vecchiaia per Comprensorio Sanitario di Residenza

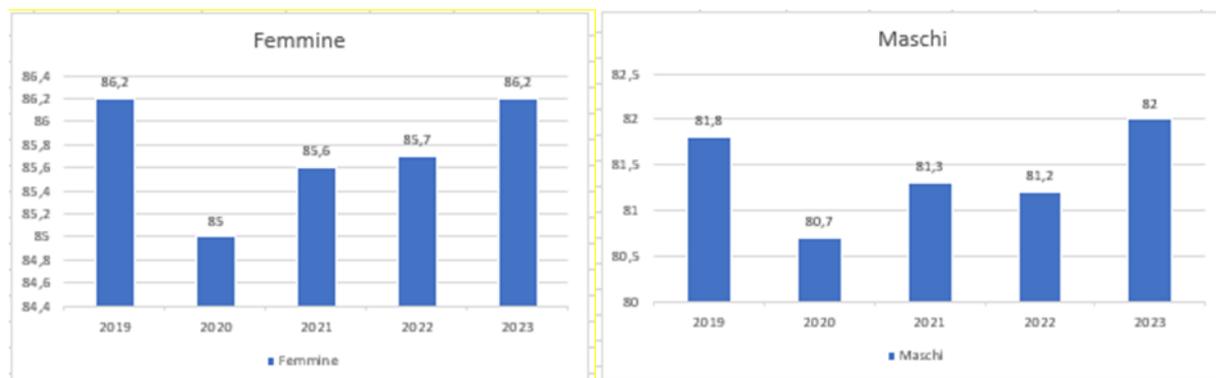


Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

L'indice di dipendenza strutturale – cioè il rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100, è pari a 55,6% ed è più elevato tra le donne (59,3%) rispetto agli uomini (52%). Rispetto al valore nazionale dell'indice pari a 57,4% il dato della provincia di Bolzano evidenzia una struttura della popolazione più sostenibile.

Il rapporto medio di mascolinità è pari a 98,4 uomini ogni 100 donne. L'età media della popolazione è pari a 43,2 anni (42 anni per la popolazione maschile e 44,4 per quella femminile), ed è cresciuta di 0,6 anni nell'ultimo quinquennio.

La speranza di vita alla nascita è pari a 82 anni per gli uomini e 86,2 anni per le donne, più elevata rispetto alla media nazionale (81,1 per gli uomini e 85,2 per le donne). La speranza di vita è tornata a crescere dopo un decremento dovuto alla pandemia Covid-19.



Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

Mortalità infantile

Il tasso di mortalità infantile è considerato un indicatore particolarmente significativo del livello di salute di una popolazione, perché consente di misurare non solo il livello di salute del bambino (e di conseguenza quello della madre, così come la qualità delle cure materno-infantili), ma anche il livello generale di benessere socio-economico e di sviluppo del paese considerato



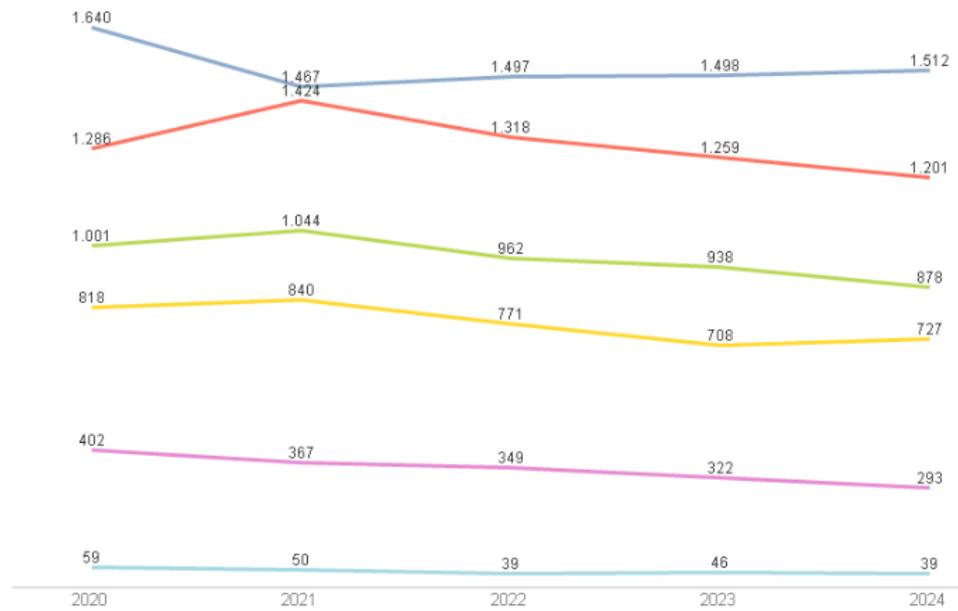
Regioni/PA	Valutazione
Friuli Venezia Giulia	3,90
Lombardia	4,82
PA Bolzano	3,05
Toscana	4,35
Umbria	3,48
Veneto	3,77

Fonte: Sistema di valutazione Santannapisa anno 2023

Nati per punto nascita

Punto nascita

- Bolzano
- Merano
- Bressanone
- Brunico
- Silandro
- A domicilio



Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

PRESTAZIONI

RICOVERI ORDINARI

Un indicatore importante per L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è il numero di ricoveri ordinari negli ospedali. I ricoveri ordinari negli ospedali pubblici dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sono diminuiti drasticamente durante il periodo Covid.

Dopo la fine dell'emergenza Covid, le procedure programmate hanno potuto essere eseguite di nuovo con maggiore frequenza e quindi anche il numero di ricoveri ospedalieri è tornato a salire. Tuttavia, il valore del 2024 è ancora inferiore al valore del 2019. La durata media dei ricoveri è diminuita costantemente durante l'intero periodo.

Ricoveri ordinari - numero

Struttura Ospedaliera	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale di Bolzano	24.413	20.943	21.495	21.818	22.497	22.396
Ospedale di Merano	12.764	10.948	11.210	11.543	11.758	11.841
Ospedale di Bressanone	9.778	8.228	8.396	8.803	9.402	9.999
Ospedale di Brunico	8.857	7.089	7.029	7.732	7.907	8.156
Ospedale di Silandro	3.404	2.960	2.953	2.925	2.590	2.593
Ospedale di Vipiteno	1.993	1.674	1.752	1.846	1.903	2.107
Ospedale di San Candido	1.734	1.320	1.458	1.786	1.920	1.959
Totale	62.943	53.162	54.293	56.453	57.977	59.051

Fonte dati: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria

Ricoveri ordinari – degenza media

Struttura Ospedaliera	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ospedale di Bolzano	7,15	7,13	7,19	7,15	7,13	7,22
Ospedale di Merano	6,76	6,45	6,25	6,27	6,35	6,49
Ospedale di Bressanone	5,43	5,5	5,5	5,25	5,05	5,02
Ospedale di Brunico	5,77	5,58	5,44	5,16	5,06	5,11
Ospedale di Silandro	6,41	6,55	6,57	6,26	6,1	5,92
Ospedale di Vipiteno	5,25	5,44	5,12	4,83	4,71	4,91
Ospedale di San Candido	6,17	6,11	6,28	5,78	5,45	5,35
Totale	6,48	6,42	6,38	6,24	6,17	6,21

Fonte dati: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Le prestazioni di specialistica ambulatoriale sono crollate durante il periodo Corona e nel 2024 sono al di sopra dei livelli pre-Corona.

Specialistica ambulatoriale – Numero prestazioni

Numero di prestazioni per comprensorio sanitario erogante

Comprensorio sanitario erogante	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolzano	3.571.030	2.713.904	2.975.989	3.192.405	3.636.183	4.039.366
Merano	2.411.163	1.758.872	2.091.597	2.219.815	2.398.087	2.120.202
Bressanone	1.321.627	1.141.364	1.386.363	1.407.382	1.449.853	1.466.311
Brunico	1.514.624	1.230.267	1.505.371	1.622.474	1.742.658	1.633.203
Totale	8.818.444	6.844.407	7.959.320	8.442.076	9.226.781	9.259.082

Fonte dati: SiVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria

Specialistica Ambulatoriale: (codice 89.7) prima visita und (codice 89.01) visita successiva alla prima

Comprensorio sanitario di erogazione	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolzano	335.754	244.520	261.725	273.572	318.979	339.649
Merano	260.527	162.841	197.432	211.865	221.018	207.818
Bressanone	156.472	122.729	148.890	159.012	164.715	165.285
Brunico	155.037	115.540	132.770	151.756	164.813	152.696
Totale	907.790	645.630	740.817	796.205	869.525	865.448

Fonte dati: SiVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria

Accessi al Pronto Soccorso

Ospedale	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bolzano	76.839	63.946	70.425	83.136	91.371	94.405
Merano	68.616	46.237	53.458	66.341	65.176	60.892
Bressanone	37.516	26.959	28.710	35.499	37.705	39.299
Brunico	38.489	25.319	25.990	35.849	41.345	43.774
Vipiteno	12.110	8.940	8.330	11.084	10.581	11.339
San Candido	14.575	9.397	9.099	13.104	14.697	15.344
Silandro	19.384	13.907	15.814	20.704	20.299	20.369
Totale	267.493	194.705	211.826	265.717	281.174	285.422

Fonte dati ASDAA - DWH

Diabete

Mentre il numero di diabetici diagnosticati è in aumento, il tasso di ospedalizzazione per i pazienti diabetici è in costante diminuzione.

Diagnosi	2017	2018	2019	2020	2021
Diabete tipo 1	1.215	1.276	1.337	1.370	1.441
Diabete tipo 2	20.889	20.838	21.074	21.067	21.350
Altri tipi di diabete	344	343	395	434	497
Totale	22.448	22.457	22.806	22.871	23.288

Fonte dati: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria

Ospedalizzazione per diabete – Tasso STD (per 100.000 abitanti)

Comprensorio Sanitario di residenza	2017	2018	2019	2020	2021
Bolzano	51,61	57,55	53,05	34,87	31,13
Merano	90,42	88,39	69,39	72,33	51,83
Bressanone	77,54	67,61	98,56	73,05	78,76
Brunico	60,96	59,68	48,38	42,53	36,57
Totale	66,61	67,00	62,70	51,06	43,71

Fonte dati: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria

Fratture del collo del femore

La percentuale di fratture del collo del femore operate entro 2 giorni dal ricovero è aumentata continuamente nel periodo analizzato ed è tra le top performer italiane. Per il 2023 è stato utilizzato un nuovo metodo di calcolo, motivo per cui le percentuali per tutte le regioni sono leggermente diminuite.

NSG – Risultati area ospedaliera CORE	Punteggio totale medio Italia	Punteggio totale medio ASDAA (Privati inclusi)
H13C - Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	61,2	82,3

Fonte dati: Ministero della Salute – Relazione Nuovo Sistema di Garanzia 2021 – Data del documento 2023

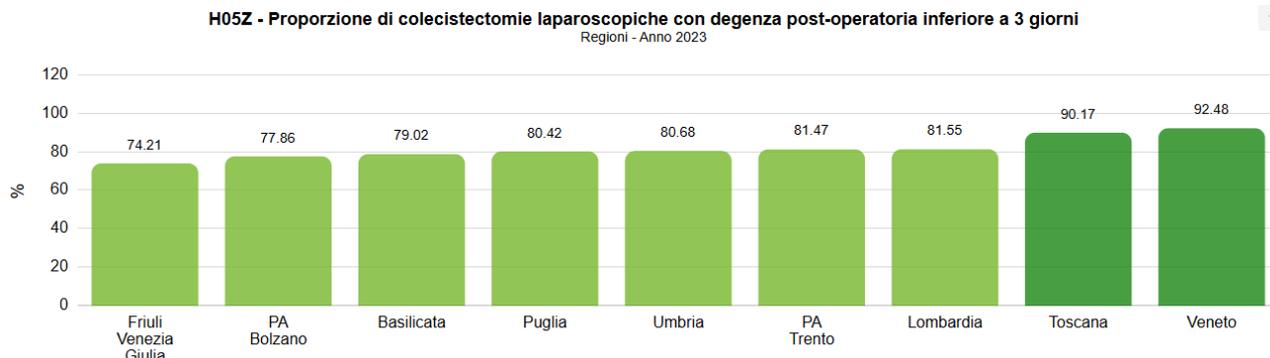
Percentuale fratture femore operate entro 2 giorni – ospedali pubblici ASDAA

Struttura Ospedaliera	2019	2020	2021	2022	2023
Ospedale di Bolzano	70,06	70,03	74,46	79,42	75,50
Ospedale di Merano	73,08	77,93	86,41	87,20	83,19
Ospedale di Bressanone	96,24	93,51	92,42	93,29	84,56
Ospedale di Brunico	91,38	89,86	84,27	86,03	89,12
Ospedale di Vipiteno	100,00	100,00	100,00	96,77	100,00
Ospedale di San Candido	89,47	89,29	92,86	95,92	94,55
Ospedale di Silandro	80,43	80,65	96,88	95,45	81,82
Totale	81,30	81,07	83,49	86,03	82,57

Fonte dati: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria

Colecistectomia

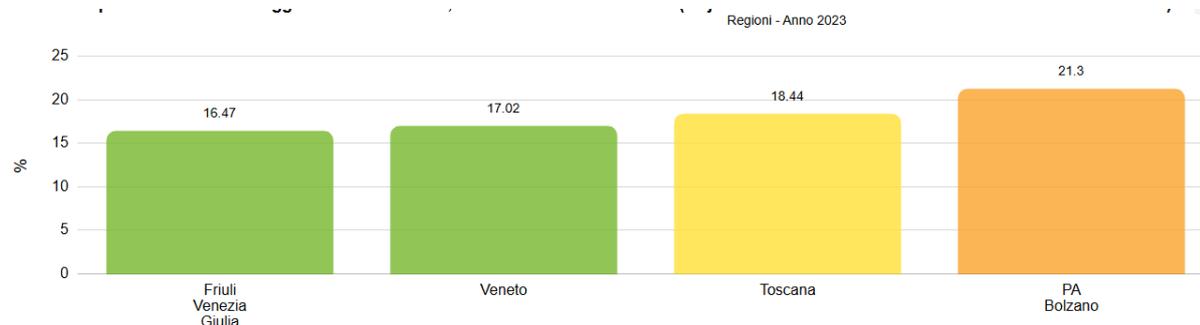
In termini di percentuale di interventi laparoscopici con una degenza ospedaliera inferiore a 3 giorni, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sta al di sopra della media nazionale.



Fonte dati: Sant Anna Pisa – Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Anno 2023

Ictus

La prognosi del paziente sopravvissuto ad ictus ischemico dipende sia dalla qualità del trattamento ospedaliero in acuto sia dalla qualità del percorso di cura successivo, che include un adeguato programma di riabilitazione e di prevenzione secondaria mirato a prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Solo il 25% dei casi di ictus ischemico guarisce completamente. Il tasso di recidiva grave o di morte nel primo anno è pari al 30-40% ed è molto influenzata dall'età e dalla presenza di comorbidità. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.

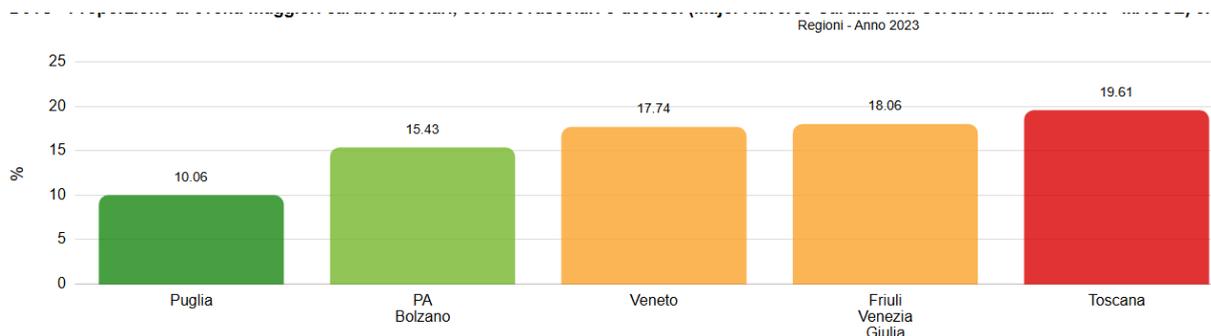


Numero di ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE)

Fonte: Sistema di valutazione Santannapisa anno 2023

Infarto

La gestione dei pazienti dopo un ricovero per acuti per infarto del miocardio prevede l'impostazione di un programma di prevenzione secondaria che deve comprendere indicazione dietetiche, modifiche allo stile di vita e la definizione di una corretta strategia farmacologica, al fine di prevenire l'insorgenza di eventi cardiovascolari o cerebrovascolari successivi. Il programma dovrebbe essere impostato durante il ricovero ospedaliero e trasmesso al medico di medicina generale in modo che i pazienti possano seguirlo indefinitamente. L'insorgenza di eventi maggiori cerebrovascolari o cardiovascolari entro 12 mesi dall'evento può essere considerata come un proxy di qualità complessiva dell'intero percorso di cura ospedaliero e territoriale.



Numero di episodi di IMA, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice, avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare per tutte le cause (MACCE)
Fonte: Sistema di valutazione Santannapisa anno 2023

Volumi interventi tumore maligno alla prostata

L'indicatore assume una valutazione pari alla media dei punteggi relativi ai seguenti sotto indicatori:
C10.1.1: percentuale ricoveri sopra soglia per interventi chirurgici di tumore maligno alla prostata;
C10.1.2: indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici di tumore maligno alla prostata.

La soglia minima di volume di attività è di 50 primi interventi annui per struttura complessa.



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	1,59
Friuli Venezia Giulia	4,50
Lombardia	3,90
PA Bolzano	3,62
PA Trento	5,00
Puglia	4,07
Toscana	4,77
Umbria	3,30
Veneto	4,36

Fonte: Sistema di valutazione Santannapisa anno 2023

Percorso tumore alla mammella

L'indicatore C10.2 - Percorso Tumore alla Mammella è dato dalla media dei punteggi dei seguenti sotto-indicatori:

- C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella
- C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella
- H03C Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
- C10.2.5 Somministrazione entro 60 giorni da intervento chirurgico per tumore mammario di chemioterapia adiuvante
- C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella
- PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)
- PDTA06.2 Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)
- PDTA06.3 Radioterapia complementare (PDTA Mammella)



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	2,62
Friuli Venezia Giulia	3,63
Lombardia	2,67
PA Bolzano	3,25
PA Trento	2,55
Puglia	2,94
Toscana	3,70
Umbria	1,83
Veneto	3,54

Fonte: Sistema di valutazione Santannapisa anno 2023

Cure palliative

L'indicatore è calcolato come media pesata dei punteggi dei seguenti indicatori

- D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore (Peso: 55%)
- C28.2b Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice minore uguale a 3 giorni (Peso: 15%)
- C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero superiore o uguale a 30 giorni (Peso:15%)
- D32Z Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica (Peso:15%)



Regioni/PA	Valutazione
Basilicata	3,17
Friuli Venezia Giulia	2,82
Lombardia	0,70
PA Bolzano	3,10
PA Trento	4,02
Puglia	2,19
Toscana	3,00
Umbria	3,06
Veneto	2,75

Fonte: Sistema di valutazione Santannapisa anno 2023

PIANO DI PRODUZIONE 2024 – QUADRO RIASSUNTIVO

Produktionsplan 2024 - zusammenfassende Übersicht und Bericht							
Piano di produzione 2024 - quadro riassuntivo e relazione							
Öffentliche Einrichtungen - Strutture pubbliche							
	Gesundheitsbezirk Bozen Comprensorio sanitario di Bolzano	Gesundheitsbezirk Meran Comprensorio sanitario di Merano	Gesundheitsbezirk Brixen Comprensorio sanitario di Bressanone	Gesundheitsbezirk Bruneck Comprensorio sanitario di Brunico	insgesamt öffentliche Einrichtungen Totale strutture pubbliche	Privat Privato	insgesamt totale
Akutaufnahmen Ricerche per acuti *	27.931	16.363	15.350	11.976	71.620	5.982	77.602
Aufnahmen für Rehabilitation (Kodex 56.00 und 75.00) Ricerche per riabilitazione (codice 56.00 e 75.00)	46	152		48	246	2.620	2.866
Aufnahmen für Postakute Langzeitpflege (Kodex 60.00) Ricerche per Postacuti- Lungodegenza (codice 60.00)	-	15	132	124	271	1.600	1.871
Insgesamt /Totale							82.339
*Akutaufnahmen (einschließlich DH/DS) ohne Neugeborene							
*Acuti (incl. DH/DS) senza Neonati							
Datenquelle: BSB - Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung							
Fonte dati: SIVAS - Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria							

ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA PRIVATI IN EURO

	totto 2024	lordo	ticket	netto
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	18.323.335,00 €	15.448.796,65 €	2.059.572,86 €	10.638.556,06 €
RICOVERI OSPEDALIERI	38.317.998,52 €	37.128.771,39 €	0,00 €	36.786.080,98 €
SPECIALISTICA TERRITORIALE	11.830.900,00 €	11.725.628,00 €	318.370,94 €	1.680.866,62 €
RICOVERI TERRITORIALI	10.972.964,65 €	8.654.174,93 €	226.393,51 €	3.166.242,55 €
SOCIO SANITARIO RESIDENZIALE	3.420.000,00 €	2.908.459,59 €	166.905,97 €	651.052,91 €
PREVENZIONE	1.619.633,00 €	1.595.507,27 €	194.343,96 €	1.436.787,20 €
TOTALE PIANI DI PRODUZIONE	84.484.831,17 €	77.461.337,52 €	2.965.587,24 €	54.359.586,32 €
Fonte dati: contabilità ASDAA e software contabilizzazione specialistica				

RISORSE UMANE

All'interno di ogni organizzazione le risorse umane rappresentano un elemento strategico e determinante per il raggiungimento degli obiettivi aziendali, ancor più nell'ambito di un'Azienda Sanitaria che eroga servizi alla persona.

Il numero di dipendenti tempo pieno equivalenti (FTE) ASDAA dall'anno 2020 all'anno 2024 è aumentato di ca. 2%.

Risorse umane

COLLABORATORI TEMPO PIENO EQUIVALENTI (FTE) AL 31.12. DI OGNI ANNO

Figura professionale	2020	2021	2022	2023	2024
Personale Medico	1.436,40	1.529,40	1.429,70	1.391,30	1.358,70
Personale Medico in Formazione	111,1	139,2	142,9	183,9	205,4
Altro Personale sanitario Laureato	240,1	260,5	265,3	264,9	279,7
Personale Infermieristico	3.311,30	3.410,60	3.196,30	3.234,80	3.277,20
Personale tecnico	1.071,80	1.087,30	1.013,90	1.063,00	1.074,30
Ausiliari Specializzati	604,6	592,8	537,4	510,4	480,1
OSS (Operatori Socio-Sanitari)	609,1	635	623,2	639,8	646,3
Personale Amministrativo	1.083,10	1.279,80	1.168,20	1.197,50	1.243,10
Altro	608,3	651,5	635,1	678	703
Non Definito	0		0		
Total	9.075,60	9.585,90	9.012,00	9.163,70	9.267,60

Fonte: banca dati ASDAA - Tempo pieno equivalenti standard

ORE LAVORATE IN ASDAA

Figura professionale	2020	2021	2022	2023	2024
Personale Medico	2.316.876	2.466.989	2.306.112	2.244.211	2.191.492
Personale Medico in Formazione	179.131	224.428	230.543	296.701	331.303
Altro Personale sanitario Laureato	395.681	429.342	437.324	436.597	460.902
Personale Infermieristico	4.894.015	5.040.802	4.724.177	4.780.914	4.843.633
Personale tecnico	1.630.309	1.653.750	1.542.112	1.616.773	1.633.932
Ausiliari Specializzati	911.695	893.861	810.414	769.707	723.999
OSS (Operatori Socio-Sanitari)	918.439	957.579	939.777	964.882	974.709
Personale Amministrativo	1.651.673	1.951.605	1.781.399	1.826.153	1.895.701
Altro	931.823	998.150	972.969	1.038.729	1.076.921
Classificazione assente	425	380		83.348	
Non Definito	2.233	8.066	4.995	15.006	
Total	13.832.301	14.624.952	13.749.822	14.073.021	14.132.591

Fonte: banca dati ASDAA

CONSUMI

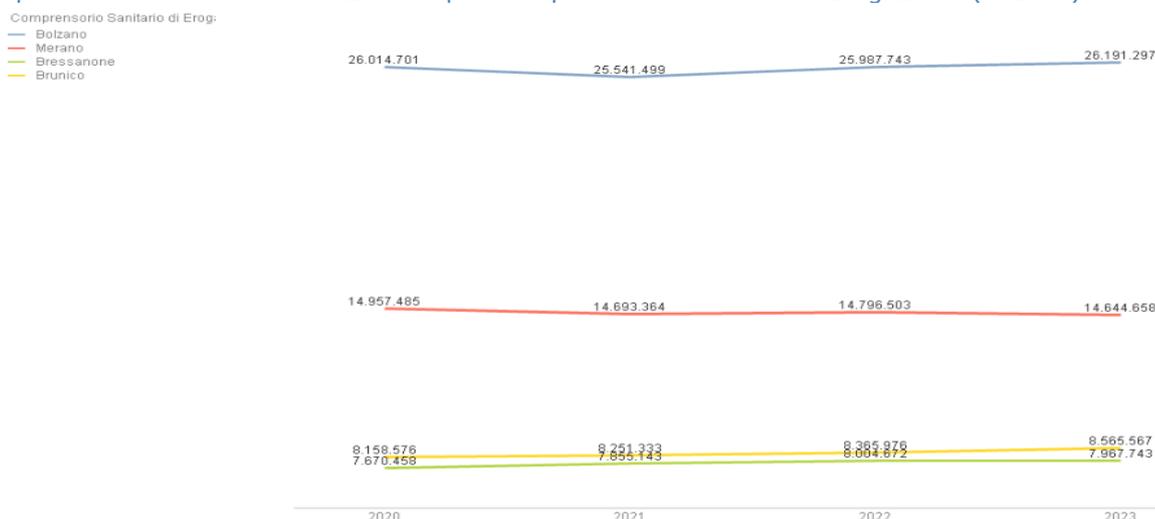
L'aumento del numero di ore lavorate, dovuto alla sempre maggiore necessità di cure, si riflette anche sul consumo di materiali, come si evince dalla tabella seguente per i prodotti farmaceutici e beni non sanitari. Nel settore dei beni sanitari, nel periodo 2020-2022 abbiamo avuto valori di consumo eccezionalmente elevati per il materiale diagnostico per i test Covid. Anche in questo caso possiamo constatare un aumento nel 2024 rispetto al 2023.

Consumi materiali

	2020	2021	2022	2023	2024
Farmaci	92.814.247 €	106.452.116 €	117.495.010 €	126.749.451 €	144.135.814 €
Beni Sanitari	105.063.337 €	123.199.314 €	108.048.281 €	97.005.986 €	101.326.194 €
Beni Non Sanitari	13.791.471 €	14.653.360 €	19.760.797 €	18.305.753 €	15.695.343 €
Altri beni e Servizi	107.157.618 €	118.136.693 €	126.413.289 €	126.971.097 €	123.039.240 €
Total	318.826.674 €	362.441.482 €	371.717.377 €	369.032.286 €	384.196.590 €

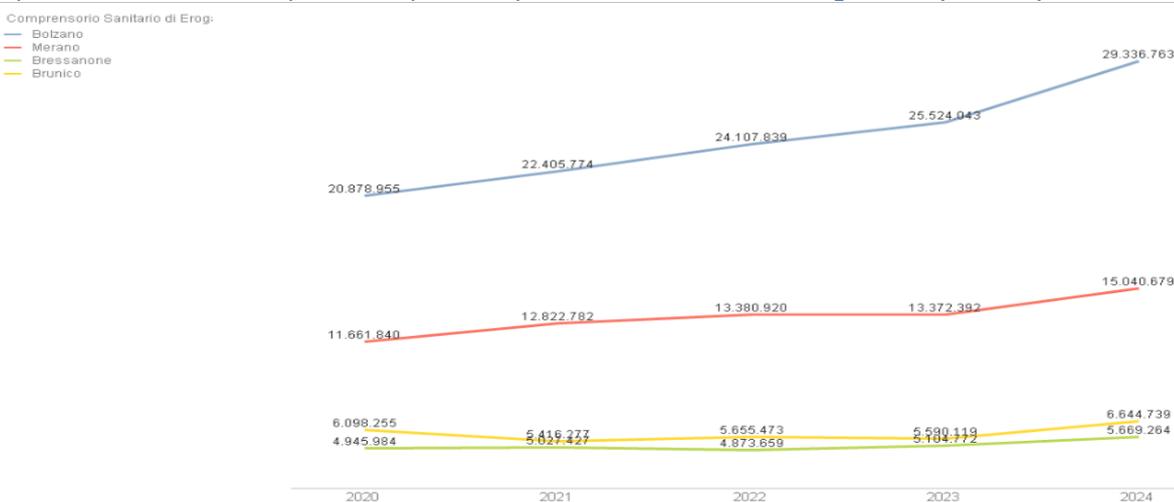
Fonte: banca dati ASDAA

Spesa Farmaceutica Convenzionata per Comprensorio Sanitario di Erogazione (in Euro)



Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

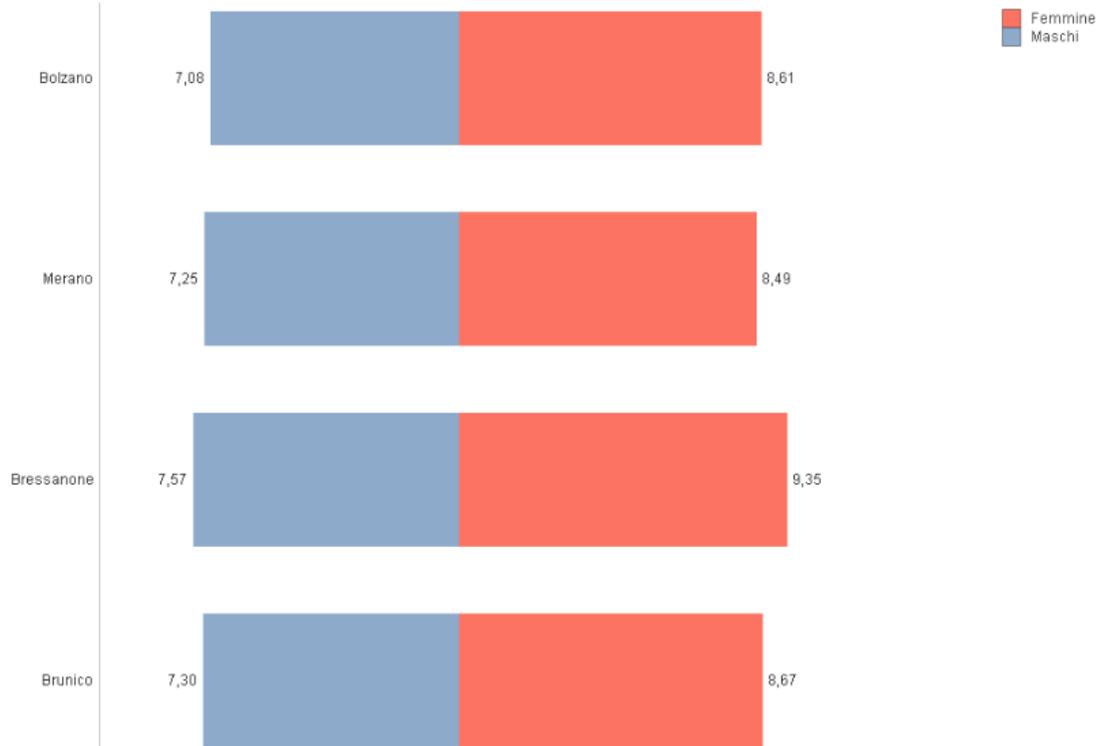
Spesa Farmaceutica Ospedaliera per Comprensorio Sanitario di Erogazione (in Euro)



Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

Consumo di Antibiotici per Comprensorio Sanitario – Anno 2023

Comprensorio Sanitario di Residenza



Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

Nelle seguenti tabelle vengono presentati alcuni indicatori di performance dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nell'anno 2023 in confronto alla media nazionale

Area clinica: cardiocircolatorio

Indicatore	Ospedale	Livello di performance	Totale dei casi	% Adj	% Italia	Audit
IMA (infarto miocardico acuto): mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	Ospedale di Bolzano	Molto Alto	335	5.79	7.13	
Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA (angioplastica coronarica percutanea transluminale) entro 90 minuti	Ospedale di Bolzano	Molto alto	251	68.29	56.14	
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bolzano	Medio	111	1.86	2.21	
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bolzano	Medio	329	9.94	9.63	
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bolzano	Medio	76	2.54	1.49	
IMA (infarto miocardico acuto): mortalità a 30 giorni (con variabili cliniche)	Ospedale di Merano	Medio	92	9.27	7.13	
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Merano	Alto	137	7.88	9.63	
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bressanone	Medio	104	13.69	9.63	
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Brunico	Basso	107	14.95	9.63	
Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Silandro	Alto	57	7.42	9.63	

Fonte dati: AGENAS PNE – dati 2023

Sono stati considerati solamente gli indicatori statisticamente significativi nel 2023 (p-value minore/uguale a 0,05) e sono da interpretare contestualmente alla % grezza ed aggiustata (% adj) il Rischio Relativo (RR) che rappresenta il rapporto tra due tassi/proporzioni ovvero l'eccesso o il difetto di rischio per quell'indicatore rispetto alla media nazionale.

Area clinica: chirurgia generale

Indicatore: Colectomia laparoscopica: ricoveri con degenza post-operatoria < a 3 giorni

Ospedale	Livello di performance	Totale dei casi	% Adj	% Italia
Ospedale di Bolzano	Alto	132	78.88	84.74
Ospedale di Merano	Alto	99	70.98	84.74
Ospedale di Bressanone	Molto alto	71	83.93	84.74
Ospedale di Brunico	Molto alto	105	81.68	84.74
Ospedale di Silandro	Molto basso	70	80.70	84.74
Ospedale di Vipiteno	Molto basso	36	-	84.74

Fonte dati: AGENAS PNE - dati 2023

Area clinica: chirurgia oncologica

Indicatore	Ospedale	Livello di performance	Totale dei casi	% Adj	% Italia	Audit
Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM (tumore) mammella	Ospedale di Bolzano	Alto	150	6,73	5.64	
Intervento chirurgico per TM (tumore) polmone: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bolzano	Molto basso	168	1.54	0.86	
Intervento chirurgico per TM (tumore) colon: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bolzano	Medio	152	4.13	3.69	
Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM (tumore) mammella	Ospedale di Merano	Molto basso	77	18.50	5.64	
Intervento chirurgico per TM (tumore) colon: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Merano	Molto basso	83	4.61	3.69	

Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM (tumore) mammella	Ospedale di Bressanone	Molto basso	47	25.15	5.64	Sì
Intervento chirurgico per TM (tumore) colon: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bressanone	Molto basso	46	-	3.69	
Nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da chirurgia conservativa per TM (tumore) mammella	Ospedale di Brunico	Molto basso	30	20.24	5.64	
Intervento chirurgico per TM (tumore) colon: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Brunico	Molto basso	48	-	3.69	

Fonte dati: AGENAS PNE – dati 2023

Area clinica: gravidanza e parto

Indicatore	Ospedale	Livello di performance	Totale dei casi	% Adj	% Italia
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Ospedale di Bolzano	Molto alto	1255	13.54	22.66
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	Ospedale di Bolzano	Alto	944	7.03	10.54
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	Ospedale di Bolzano	Molto Alto	200	42.65	11.57
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Ospedale di Merano	Molto alto	1082	18.75	22.66
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	Ospedale di Merano	Molto alto	853	4.42	10.54
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	Ospedale di Merano	Medio	141	21.51	11.57
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Ospedale di Bressanone	Alto	788	19.02	22.66
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	Ospedale di Bressanone	Molto alto	611	4.21	10.54
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	Ospedale di Bressanone	Alto	128	36.26	11.57
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Ospedale di Brunico	Medio	605	22.46	22.66
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	Ospedale di Brunico	Alto	435	5.83	10.54
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	Ospedale di Brunico	Medio	99	19.14	11.57
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	Ospedale di Silandro	Molto basso	279	26.61	22.66
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	Ospedale di Silandro	Molto basso	209	7.87	10.54
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	Ospedale di Silandro	Molto basso	44	-	11.57

Fonte dati: AGENAS PNE – dati 2023

Area clinica: nefrologia

Indicatore: Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero

Ospedale	Livello di performance	Totale dei casi	% Adj	% Italia
Ospedale di Bolzano	Medio	396	14.15	11.47
Ospedale di Merano	Molto alto	156	10.25	11.47
Ospedale di San Candido	Molto alto	64	5.97	11.47

Fonte dati: AGENAS PNE – dati 2023

Area clinica: nervoso

Indicatore	Ospedale	Livello di aderenza a standard di qualità	Totale dei casi	% Adj	% Italia
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bolzano	Alto	312	8.27	9.40
Intervento chirurgico per T (tumore) cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	Ospedale di Bolzano	Medio	279	1.90	2.96
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Merano	Molto alto	78	5.10	9.40
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Brunico	Medio	52	11.09	9.40

Fonte dati: AGENAS PNE – dati 2023

Area clinica: respiratorio

Indicatore: BPCO (Broncopneumopatia cronica ostruttiva) riacutizzata: mortalità a 30 giorni

Ospedale	Livello di performance	Totale dei casi	% Adj	% Italia
Ospedale di Bolzano	Medio	172	11.76	9.55
Ospedale di Merano	Medio	103	10.22	9.55
Ospedale di Brunico	Basso	55	12.19	9.55

Fonte dati: AGENAS PNE – dati 2023

Area clinica: osteomuscolare

Indicatore	Ospedale	Livello di performance	Totale dei casi	% Adj	% Italia	Audit
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	Ospedale di Bolzano	Medio	272	57.02	56.27	
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Bolzano	Medio	136	3.43	3.12	
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Bolzano	Molto basso	26	-	1.12	
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	Ospedale di Merano	Alto	163	66.27	56.27	
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Merano	Molto basso	107	11.73	3.12	Sì
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Merano	Molto basso	37	-	1.12	
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	Ospedale di Bressanone	Alto	76	63.29	56.27	
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Bressanone	Medio	95	6.05	3.12	
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Bressanone	Molto alto	129	2.38	1.12	
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	Ospedale di Brunico	Molto alto	98	72.21	56.27	
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Brunico	Molto alto	131	2.61	3.12	
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Brunico	Molto alto	71	1.32	1.12	
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	Ospedale di San Candido	Molto basso	31	-	56.27	
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di San Candido	Medio	184	3.64	3.12	
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di San Candido	Molto alto	257	1.97	1.12	
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Silandro	Molto basso	44	-	3.12	
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Silandro	Molto basso	36	2.39	1.12	

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore	Ospedale di Vipiteno	Molto basso	10	-	56.27	
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Vipiteno	Medio	137	4.00	3.12	
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	Ospedale di Vipiteno	Molto alto	142	2.81	1.12	

Fonte dati: AGENAS PNE – dati 2023

Reti Tempo dipendenti

Rapporto "Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali 2023" – 25.03.2024

Il Decreto Ministeriale n. 70 del 2 aprile 2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha previsto che all'interno del disegno della rete ospedaliera sia necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrino l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale, con particolare riferimento alle reti infarto, ictus, traumatologica.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2 Approfondimenti programmatori per Rete

3.1.1.2.1 Approfondimento Rete Cardiologica

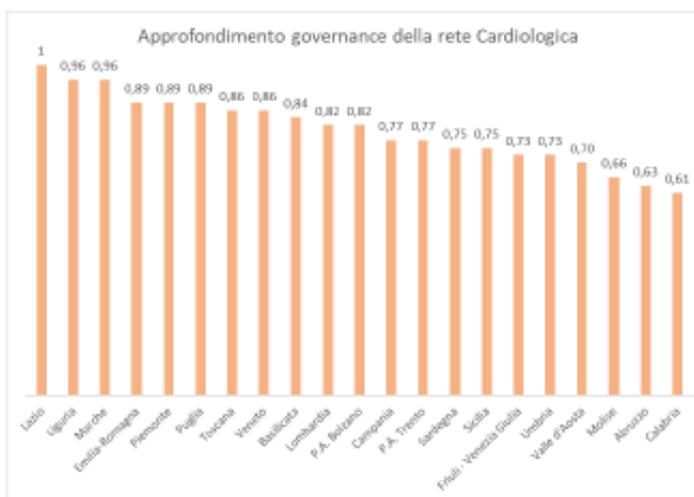
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete cardiologica ed F del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Cardiologica per l'Emergenza*), espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Tabella A e la Cartografia C identificano con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. più performanti (verde) a quelle meno performanti (rosso).

A. Tabella Governance rete cardiologica

Regione/P.A.	Approfondimento governance della rete Cardiologica
Lazio	1
Liguria	0,96
Marche	0,96
Emilia-Romagna	0,89
Piemonte	0,89
Puglia	0,89
Toscana	0,86
Veneto	0,86
Basilicata	0,84
Lombardia	0,82
P.A. Bolzano	0,82
Campania	0,77
P.A. Trento	0,77
Sardegna	0,75
Sicilia	0,75
Friuli - Venezia Giulia	0,73
Umbria	0,73
Valle d'Aosta	0,70
Molise	0,66
Abruzzo	0,63
Calabria	0,61

B. Istogramma Governance rete cardiologica



C. Cartografia Governance rete cardiologica

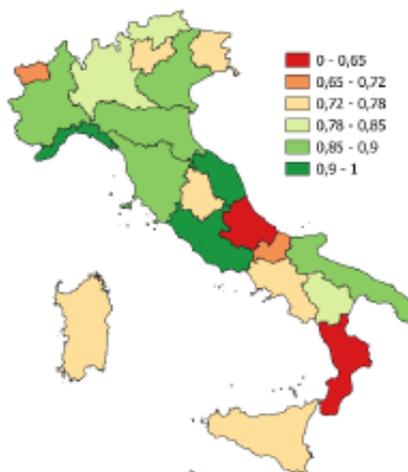


Figura 3. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete cardiologica

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.4 Approfondimento Rete Emergenza-Urgenza

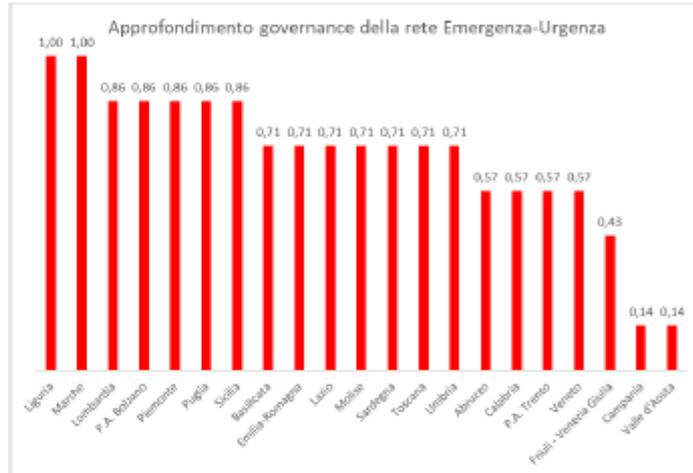
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi*) sulla Rete emergenza-urgenza, espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Tabella A e la Cartografia C identificano con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. più performanti (verde) a quelle meno performanti (rosso).

A. Tabella Governance rete emergenza-urgenza

Regione/ P.A.	Approfondimento governance della rete Emergenza-Urgenza
Liguria	1,00
Marche	1,00
Lombardia	0,86
P.A. Bolzano	0,86
Piemonte	0,86
Puglia	0,86
Sicilia	0,86
Basilicata	0,71
Emilia-Romagna	0,71
Lazio	0,71
Molise	0,71
Sardegna	0,71
Toscana	0,71
Umbria	0,71
Abruzzo	0,57
Calabria	0,57
P.A. Trento	0,57
Veneto	0,57
Friuli - Venezia Giulia	0,43
Campania	0,14
Valle d'Aosta	0,14

B. Istogramma Governance rete emergenza-urgenza



C. Cartografia Governance rete emergenza-urgenza

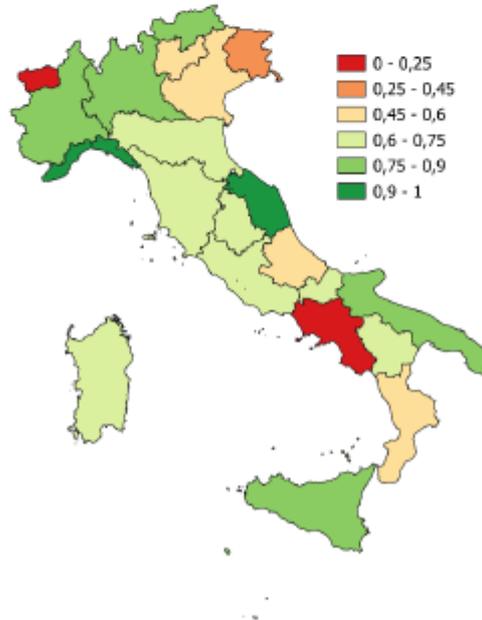


Figura 6. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete emergenza-urgenza

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.3 Approfondimento Rete Trauma

Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete trauma e G del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Trauma*) espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

La Tabella A e la Cartografia C identificano con scala colore con andamento proporzionale le Regioni/P.A. più performanti (verde) a quelle meno performanti (rosso).

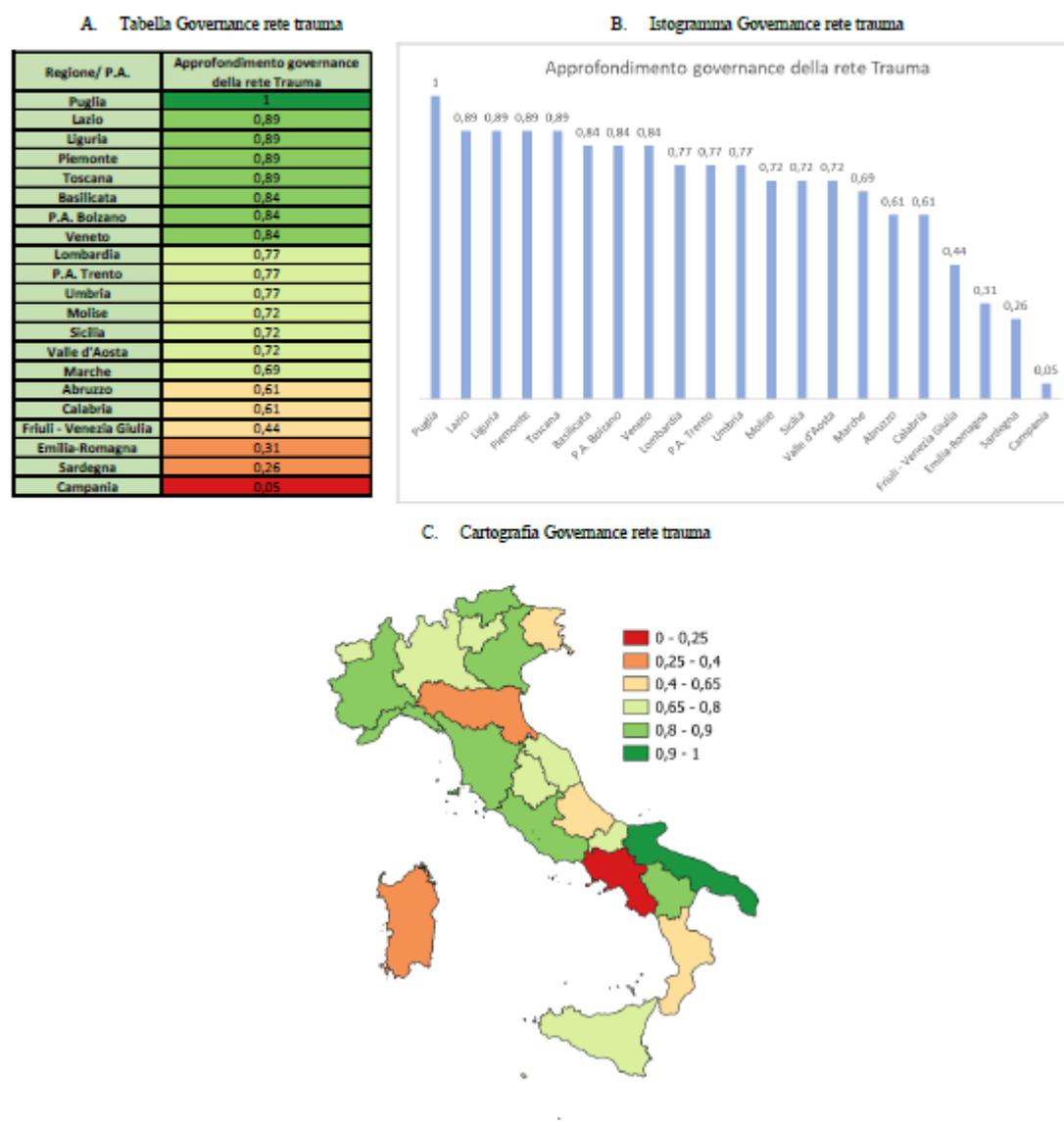


Figura 5. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete trauma

2.2 Misurazione e valutazione del raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo Annuale 2024

Anche per l'anno 2024 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si è attivata nel raggiungimento dell'obiettivo di garantire una qualità elevata dell'assistenza sanitaria alla popolazione altoatesina, offrendo prestazioni e servizi intersettoriali mirati al fabbisogno reale, rispettando i principi dell'efficienza, dell'appropriatezza, ma anche della sicurezza, della sostenibilità, della trasparenza e del benessere organizzativo, in modo tale che i pazienti siano assistiti nel "best point of service" e quanto più vicino possibile ai loro luoghi di residenza.

Gli obiettivi annuali prefissati per il 2024 sono stati raggruppati nei seguenti 5 macro-gruppi.

A. Riqualificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti.

Gli obiettivi previsti in questo ambito sono rivolti al miglioramento della propria organizzazione e propri servizi, promuovendo la responsabilizzazione e la partecipazione nelle scelte strategiche e di gestione da parte del maggior numero possibile di collaboratori coinvolti nell'erogazione dei servizi sanitari e di supporto rivolti al paziente/cittadino.

L'Azienda è orientata al continuo miglioramento della qualità dei propri servizi ed al raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale.

Il tutto è riferito sia alla definizione, al mantenimento e alla verifica della qualità clinica, sia ai meccanismi di responsabilizzazione, gestione e governo dei processi assistenziali.

In questo ambito sono inseriti principalmente interventi per il miglioramento dell'appropriatezza, ivi incluse le misure per il contenimento delle liste d'attesa.

B. Migliorare la salute e qualificare il governo clinico (Qualità, appropriatezza e risk management).

Nell'ambito della riqualificazione del governo clinico si prevede soprattutto la prosecuzione nell'implementazione graduale del Piano sanitario provinciale nel settore clinico-assistenziale.

È proseguito il grande progetto iniziato già a partire dal 2022 nel quale l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è impegnata al conseguimento dell'Accreditation Canada.

C. Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale.

Le conoscenze e la professionalità degli operatori sanitari sono la risorsa più importante per la qualità, la capacità innovativa e la competitività dei servizi sanitari. Oltre a migliorare costantemente le competenze del personale già alle proprie dipendenze con interventi di formazione e aggiornamento continuo è importante reclutare nuovo personale qualificato fidelizzandolo in modo mirato, e ponendo al centro della politica del personale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige l'obiettivo di rafforzare l'impegno e la capacità produttiva di tutti gli operatori. Oltre allo sviluppo del personale anche la cultura aziendale incide notevolmente sulla soddisfazione dei collaboratori.

D. Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo.

L'Azienda sanitaria è costantemente impegnata a sviluppare la governance, investendo soprattutto in programmazione e controllo. A tal fine sono previste varie azioni e misure nel triennio, che in parte fanno parte di un processo iniziato già negli anni precedenti.

E. Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici.

Per essere in grado di rispondere in modo sempre più adeguato alle sfide che ci attendono è necessario intraprendere strade innovative. E qui entra in gioco la tecnologia informatica che offre molte possibilità anche per quanto riguarda l'assistenza sanitaria alla popolazione: dalla prenotazione delle prestazioni, al ritiro dei referti, fino alla cartella clinica digitale integrata, che accompagna il cittadino/la cittadina dalla nascita alla morte.

I risultati riferiti agli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance in riferimento agli obiettivi previsti dal Programma operativo annuale sono esplicitati nell'allegato "Relazione agli obiettivi da Programma operativo annuale 2023".

3 Prevenzione della corruzione e trasparenza

3.1 Ruolo RPCT e valutazione delle attività

Nel 2024 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha separato la figura di Responsabile della prevenzione della corruzione (R.P.C.) e la funzione di Responsabile della trasparenza (R.T.).

In tale ottica il nuovo RPC aveva come obiettivo primario garantire continuità con l'operato del passato e ha posto, quindi, la massima attenzione per dare completa attuazione a tutte le misure inserite nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2024-2026 facendo proprie le metodiche di mappatura dei processi, di valutazione dei rischi corruttivi e di individuazione delle misure di prevenzione definite dalla normativa vigente e dall'atto di indirizzo adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Particolari risorse sono state convogliate nell'adeguamento dei contenuti della formazione interna in ambito anticorruzione e nella generazione di una variegata offerta formativa che comprendesse anche formazione bilingue registrata disponibile "on demand".

Il responsabile anticorruzione congiuntamente al responsabile trasparenza hanno avuto un ruolo di impulso e coordinamento rispetto all'attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO/PTPCT.

In sintesi, fra i fattori che nel 2024 hanno favorito il buon andamento del sistema va annoverata una buona collaborazione tra i referenti e i nuovi RPC e RT. Nel corso dell'anno si sono svolti colloqui con i singoli referenti. Inoltre, vari dipendenti dell'Azienda hanno partecipato al ciclo di eventi formativi organizzati dal RPCT e dallo Staff Trasparenza.

Considerazioni generali sullo stato di attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO / PTPCT e del Modello di organizzazione MOG 231

Le misure previste dalla sezione Anticorruzione e trasparenza del P.I.A.O. sono in generale applicate anche perché il sistema dei controlli è basato sulla presenza di regolamenti e procedure che tengono conto dei rischi amministrativo contabile e di corruzione e su un sistema reticolare che coinvolge tutti i dirigenti e responsabili dei processi aziendali.

Il RPC supporta le strutture nell'attività di analisi, di individuazione delle misure di contenimento del rischio e di riesame.

Il piano attuale include misure di contrasto basate sul monitoraggio e l'analisi dei rischi degli anni passati. Anche nel 2024 sono stati usati questionari per monitorare i processi decisionali. Sono state analizzate accuratamente le decisioni e i rischi collegati, introducendo misure di prevenzione basate sui risultati. Infine, sono state adottate ulteriori misure specifiche per le aree tipiche (personale, acquisti, CUPP) del contesto aziendale.

Il monitoraggio evidenzia un miglioramento complessivo nell'implementazione delle misure di prevenzione del PIAO 2024-2026. Tuttavia, permangono margini di miglioramento dovuti alla complessità organizzativa e all'elevato numero di processi gestiti.

In particolare:

- è stata approvata con delibera n. 231, del 18.03.25, la nuova procedura aziendale per la gestione del whistleblowing in conformità al D.Lgs. 24/2023;
- è stato approvato con delibera 112, del 18.02.25 l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale in relazione alle novità introdotte dal D.P.R. 81/2023;
- è stato attivato un nuovo corso sulla tematica anticorruzione disponibile "on demand" che coinvolgerà progressivamente tutti i dipendenti aziendali;
- avviati i controlli del DURC da parte della Ripartizione Finanze per i progetti PNRR.

Per quanto attiene, invece, le misure integrative del MOG 231/2001, dopo attenta discussione della tematica in seno al Consiglio gestionale il medesimo ha deciso, non costituendo un obbligo per gli enti pubblici, che non verranno creati ulteriori organismi e quindi ha chiesto di sondare la fattibilità di un ampliamento di perimetro del OIV all'ambito 231 con il supporto di un penalista esterno.

Analisi e valutazione dell'attività implementate per prevenire la corruzione

Il processo di analisi, valutazione e misurazione del rischio anticorruzione in Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, come previsto anche dalle linee guida dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), si articola in diverse fasi chiave:

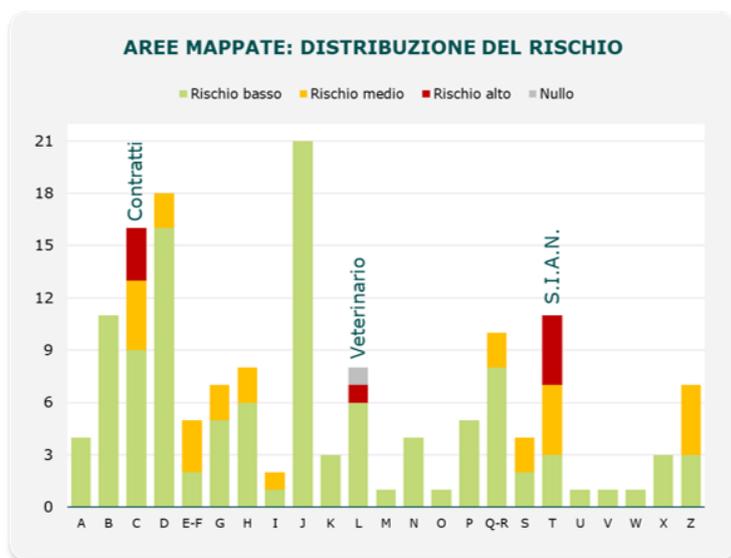
- *Analisi del contesto*: questa fase comprende l'analisi del contesto esterno e interno dell'amministrazione per identificare i fattori che possono influenzare il rischio di corruzione.
- *Mappatura dei processi*: identificazione dei processi amministrativi critici e delle aree più vulnerabili alla corruzione.
- *Valutazione del rischio*: comprende l'analisi e la ponderazione del rischio, valutando la probabilità e l'impatto di eventi corruttivi.
- *Trattamento del rischio*: identificazione e programmazione delle misure preventive e correttive per mitigare i rischi individuati.
- *Monitoraggio e riesame*: monitoraggio continuo dell'efficacia delle misure adottate e revisione periodica del sistema di gestione del rischio per garantire un miglioramento continuo.

Nel 2024 il RPCT ha effettuato un monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza individuate nel precedente piano triennale anticorruzione interpellando per iscritto tutti i vari referenti d'area con la finalità di comprendere quale fosse lo stato di implementazione delle singole misure programmate.

È stato curato il monitoraggio annuale delle misure di prevenzione della corruzione, svoltosi valutando l'opportunità di introdurre, in base alle modifiche di contesto interno ed esterno intervenute, misure nuove ed innovative rispetto al passato (efficacia) o la loro semplificazione qualora eccedenti rispetto allo scopo, frutto dell'analisi congiunta con i responsabili delle aree competenti, ha evidenziato l'effettiva attuazione delle misure generali e specifiche e la loro adeguatezza.

In fase di assessment del rischio corruzione sono stati formalizzati dei rischi potenzialmente medio-alti in ambito acquisti-affidamenti diretti ed in ambito, che il PRC ha inseriti nel piano controlli del 2025.

Di seguito una grafica che sintetizza le valutazioni di rischio area di rischio mappata.



A	Controlli, verifiche e ispezioni
B	Personale
C	Contratti pubblici
D	Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie
E-F	Strutture private accreditate - Liste d'attesa
G	Attività Libero Professionale Intramoenia (LPI)
H	Affari generali e contenzioso
I	Ripartizione Informatica
J	Servizio aziendale di medicina del lavoro
K	Servizio aziendale di medicina dello sport
L	Servizio veterinario aziendale
M	Minialloggi e altre soluzioni abitative
N	Asili nido aziendale, coop. convenzionate e attività estive
O	Servizio per le Dipendenze - SERD
P	Gestione Patrimonio e Immobiliare
Q-R	Servizio aziendale di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.) ed ispettorato micologico
S	Servizio aziendale Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) - Sezione di medicina ambientale
T	Servizio aziendale di Igiene e Sanità pubblica (S.I.S.P.)
U	Sponsorizzazione
V	Parco auto - autovetture
W	Donazioni
X	Ufficio Internal Auditing
Z	Magazzino

Risultati ottenuti nel periodo considerato ed eventuali scostamenti

• Monitoraggio

L'attività di monitoraggio annuale del Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione per il 2024 si è articolata anche attraverso l'introduzione di tre verifiche formalizzate tramite report:

I) "Pantouflage";

- II) Inconferibilità e incompatibilità;
- III) Commissioni esaminatrici.

I) "Pantouflage"

Il pantouflage è il divieto per i dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali, di svolgere – nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto – attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell'attività svolta (Articolo 53, comma 16-ter del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall'art. 1, comma 42, lettera l) della Legge 6 novembre 2012, n. 190 - Legge Anticorruzione).

Il monitoraggio si è concentrato sull'identificazione e mitigazione dei potenziali conflitti di interesse, garantendo trasparenza e imparzialità, e il rispetto delle normative sul "pantouflage" all'interno dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (ASDAA), coinvolgendo, in questo caso, l'Ufficio Assunzioni.

Per garantire l'imparzialità, è stato estratto un campione randomico di 60 item (30 assunzioni e 30 dimissioni) dai nominativi forniti dagli uffici competenti. La verifica si è concentrata su due aspetti principali: la presenza della clausola di divieto di pantouflage nei contratti e la firma del dipendente su ogni documento.

I risultati hanno mostrato che il 100% della documentazione era conforme alle normative, con la clausola di divieto di pantouflage e la firma del dipendente presenti in tutti i documenti. In conclusione, l'attività di monitoraggio ha avuto esito positivo, confermando la sensibilità e attenzione dell'ASDAA al rispetto delle normative in materia.

II) Inconferibilità e incompatibilità

Il monitoraggio si è concentrato sul monitoraggio e la verifica dell'assenza di situazioni di incompatibilità o inconferibilità nei dirigenti amministrativi di vertice, garantendo trasparenza e integrità nell'azione amministrativa.

La verifica ha coinvolto l'Ufficio Assunzioni, che ha fornito i casellari giudiziari di tutti gli organi amministrativi di vertice dell'ASDAA. Inoltre, è stata effettuata una verifica incrociata dei dati disponibili nei curricula dei direttori e delle autodichiarazioni pubblicate sul sito istituzionale.

I risultati delle verifiche non hanno rilevato cause di inconferibilità o incompatibilità nei dirigenti amministrativi di vertice. In conclusione, l'attività di monitoraggio ha avuto esito positivo, confermando il rispetto delle normative vigenti.

III) Commissioni esaminatrici

L'obiettivo della verifica è stato monitorare le procedure di selezione del personale, con particolare attenzione alle procedure di nomina delle commissioni esaminatrici, verificando la conformità alle normative nazionali e provinciali, valutando eventuali conflitti d'interesse o irregolarità.

La formazione delle commissioni esaminatrici segue criteri specifici per garantire competenza e imparzialità, inclusi esperienza professionale, qualifiche accademiche, rappresentanza delle diverse discipline mediche, rispetto della proporzionale linguistica e promozione della parità di genere (almeno 1/3 della commissione deve essere composto da donne).

La verifica ha coinvolto l'Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività di Merano e l'Ufficio Concorsi di Brunico. È stato richiesto un campione randomico di 31 verbali di deliberazioni di commissioni, con 43 dichiarazioni di assenza di situazioni di incompatibilità e conflitto d'interessi e si è concentrata su due aspetti principali ossia, la verifica del rispetto delle normative provinciali e nazionali in materia di formazione e composizione delle commissioni esaminatrici e la correttezza e completezza delle dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità e conflitti d'interesse, nonché presenza della firma dei membri delle commissioni.

I risultati hanno mostrato che il 100% della documentazione era completa e conforme alle normative. Tuttavia, è stata rilevata una discrepanza nei moduli delle commissioni per la selezione del personale non riguardante i direttori di struttura complessa, dove mancavano i relativi riferimenti normativi.

In conclusione, anche questa attività di monitoraggio ha avuto esito positivo, confermando la sensibilità e attenzione dell'ASDAA al rispetto delle previsioni in materia.

- **Formazione**

La formazione in ambito anticorruzione è cruciale per aumentare la consapevolezza dei dipendenti pubblici sui rischi corruttivi e per diffondere le migliori pratiche di prevenzione. Essa garantisce una maggiore etica pubblica e legalità, aiutando a individuare e gestire i rischi di corruzione.

Di seguito una tabella che riporta schematicamente i singoli eventi formativi erogati nel 2024.

DATA	TEMI AFFRONTATI
15.10.24	Accesso documentale, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato (FOIA)
09.10.24	Giornata della Trasparenza
08.10.24	Guidare verso l'integrità
20.09.24	Prevenzione della corruzione e conflitto d'interessi
30.05.24	Prevenzione della corruzione e trasparenza
SEMPRE DISPONIBILE	La nuova disciplina sull'anticorruzione nelle strutture sanitarie alla luce delle modifiche apportate dalla L. 113/21 istitutiva del C.D. PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

• Whistleblowing

Il whistleblowing è la segnalazione, da parte di una persona che lavora in un'organizzazione pubblica o privata, di violazioni di legge o irregolarità che ledono l'interesse pubblico o l'integrità dell'amministrazione, di cui sia venuta a conoscenza in ambito lavorativo (Decreto Legislativo 10 marzo 2023, n. 24, che recepisce la Direttiva UE 2019/1937).

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, come previsto dalla normativa, garantisce il diritto di segnalazione di illeciti o irregolarità di interesse generale all'interno del contesto lavorativo, assicurando protezione e anonimato al segnalante.

Come indicato dal Decreto Legislativo n. 24 del 10.03.2023 l'Azienda sanitaria ha messo a disposizione un canale informatico per le segnalazioni whistleblowing;

il sistema di segnalazione utilizza la tecnologia prevista dalla normativa di settore.

Nel 2024 sono state gestite nr. 9 segnalazioni anonime ("whistleblowing") le cui tematiche erano inerenti a presunta falsa attestazione di presenza al lavoro, mancato rispetto degli orari di reperibilità a casa in caso di malattia, accesso ai locali di lavoro non autorizzato da parte di terzi non dipendenti, mancato rispetto del codice di comportamento (uso improprio dei mezzi di comunicazione).

Una sola delle 9 segnalazioni gestite ha portato all'apertura di un provvedimento disciplinare nei confronti del collaboratore segnalato.

• Conflitto di interessi

Nel 2024 sono stati richiesti e rilasciati dal nuovo RPC nr. 17 pareri sul conflitto di interessi relativi ai seguenti ambiti:

- Mancato rispetto del codice di comportamento
- Sponsorizzazione di corsi da parte di potenziale fornitore
- Donazioni di gadget da parte di potenziale fornitore
- Composizione collegio tecnico
- Composizione di organo pubblico
- Rotazione del personale
- Gara d'appalto
- Attività extraistituzionali medici
- Attività di medicina alternativa
- Secondo rapporto di lavoro

- Extramoenia
- Comitato e Collegio Tecnico (idoneità)
- Convenzioni con cliniche private
- Idoneità assunzione nuovo ruolo in azienda
- Non pertinenti (diffamazione, richiesta danni).

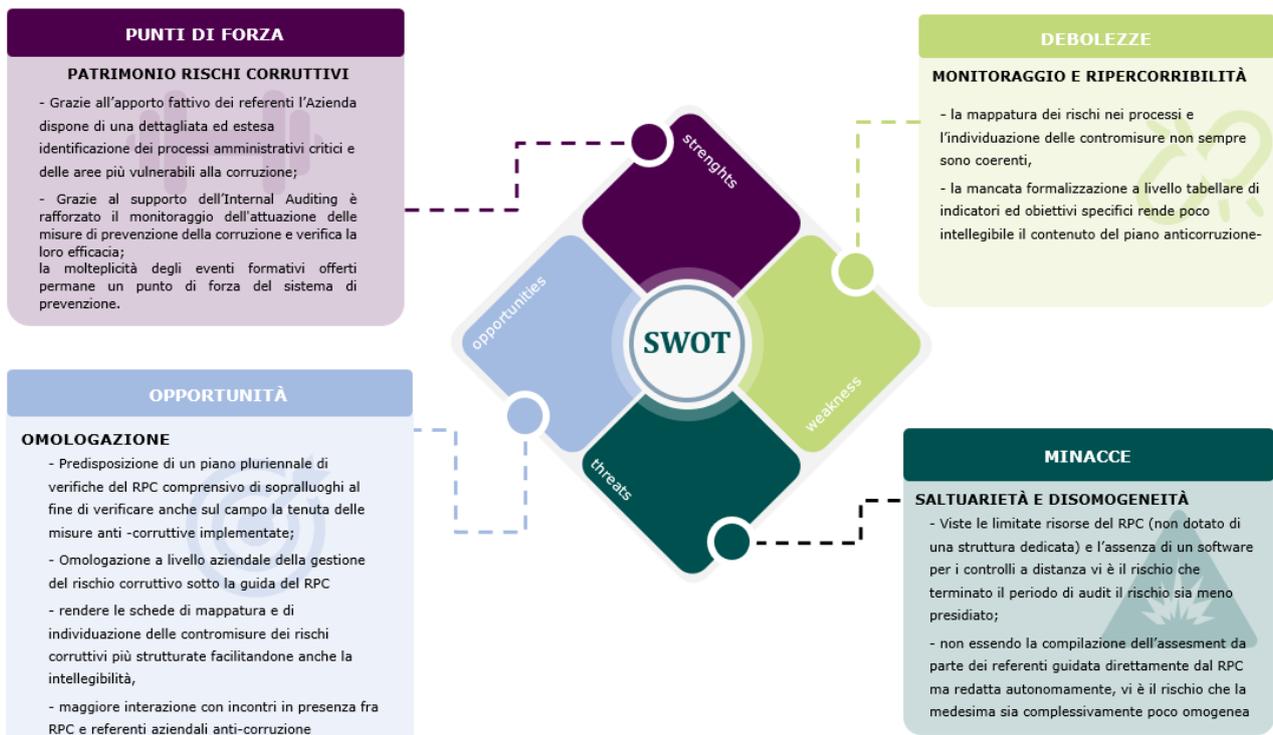
Si precisa che il parere del RPC non è vincolante, ma che la decisione ultima sul come procedere spetta al superiore gerarchico del dipendente oggetto del potenziale conflitto di interessi.

Il responsabile prevenzione della corruzione nel corso del 2024 ha infine:

- contribuito attivamente alla definizione dei controlli specifici del PNRR nell'ambito di propria competenza;
- arricchito la scheda di mappatura del rischio anticorruzione storicamente adottata dall'Azienda con il fattore abilitante (previsto da ANAC) ed elaborato i rilievi relativi alla sezione "anticorruzione" del PIAO espressi con delibera della Provincia Autonoma di Bolzano nr. 2024-a-000119;
- coniato una nuova scheda di monitoraggio più intellegibile che adotterà nel 2025;
- sviluppato all'interno del documento relativo al piano triennale anticorruzione uno specifico paragrafo sul PNRR;
- ampliato ulteriormente la già estesa mappatura rischi anticorruzione aziendale estendendola ad altre due unità organizzativa (la Logistica e l'Internal Auditing),
- introdotto un questionario relativo alla percezione del rischio anticorruzione anche in lingua tedesca.

Punti di forza e criticità riscontrati nell'attuazione del piano anticorruzione

Di seguito si riporta una schematica "Swot" analisi del sistema di prevenzione e corruzione aziendale.



Cause degli scostamenti rispetto agli obiettivi programmati

I principali scostamenti rispetto agli obiettivi programmati dal piano sono stati causati:

- dalla limitata coerenza della mappatura dei rischi con l'individuazione delle relative contromisure censite nel piano anticorruzione, la causa in tal caso è da ricondurre al fatto

che le informazioni sono suddivise in due distinte tabella quindi il lettore fatica a vederne la consequenzialità;

- dalla scarsa intellegibilità, causata in questo caso dalla mancata formalizzazione a livello tabellare di indicatori e di obiettivi specifici da poter monitorare a colpo d'occhio;
- dal mancato rispetto da parte di alcuni responsabili delle strutture interne della scadenza di trasmissione dei flussi informativi di loro competenza, la causa è da ricondursi al fatto che gli adempimenti in ambito anticorruzione vengono percepiti da alcuni referenti interni come un'ulteriore incombenza burocratica.
- dalla disomogeneità nella compilazione dell'assessment da parte dei referenti, la quale, non essendo guidata direttamente dal RPC rischia di essere complessivamente poco uniforme a livello aziendale.

Il RPC ha quindi programmato per il 2025:

- l'adozione di una nuova scheda di mappatura e valutazione dei rischi più intellegibile che contenga degli indicatori e dei target specifici;
- una formazione interna erogata dal RPC medesimo per rafforzare ulteriormente la sensibilità in tema di anticorruzione e rispetto delle tempistiche previste per legge;
- una serie di incontri con i singoli referenti per garantire omogeneità nella compilazione dell'assessment anticorruzione sotto la guida diretta del RPC.

Ulteriore dettaglio delle attività svolte in materia di prevenzione di corruzione sono contenute nel PTPCT 2025-2027 al quale si rinvia.

3.2 Trasparenza

Di seguito si riportano le principali attività di adempimento della Trasparenza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige svolte nel 2024:

- ✓ svolgimento di un evento formativo sul tema: accesso documentale, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato;
- ✓ svolgimento di una formazione specifica sul tema integrità con focus conflitto di interessi;
- ✓ svolgimento della giornata della trasparenza per maggiori dettagli si rinvia a [Dati ulteriori | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige](#);
- ✓ aggiornamento della sezione» Amministrazione trasparente» Attività e procedure amministrative» tipi di procedure;
- ✓ miglioramento delle pubblicazioni in tema di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici;
- ✓ miglioramento delle pubblicazioni in tema di sistema di misurazione e valutazione della performance;
- ✓ adeguamenti alle novità di settore della sezione bandi di gare e contratti;
- ✓ pubblicazione del piano PNRR Salute Alto Adige;
- ✓ revisione e valutazione dei feedback ricevuti nel 2024 sulla pagina della trasparenza, che sono stati raccolti per mezzo di un questionario scaricabile sul sito istituzionale;
- ✓ miglioramenti alle pubblicazioni e alla qualità della pagina della trasparenza sulla base dei risultati della revisione e della valutazione dei sopracitati feedback ricevuti;
- ✓ richiesta di archiviazione di tutti i dati sul sito della Trasparenza come previsto dalla normativa di settore;
- ✓ controllo dell'intera sezione "Personale"» "Dirigenti"» "Curricula", dichiarazioni di insussistenza di cause di inconferibilità e di incompatibilità ed altre dichiarazioni previste dalla normativa con conseguente inoltro dei risultati ai dirigenti competenti per materia e richiesta di actualización, integrazione e archiviazione dati;
- ✓ pubblicazione dei dati ai sensi del decreto legislativo n. 211/2003 art. 11 e del decreto legislativo n. 52/2019 art. 2 (sperimentazioni cliniche);
- ✓ n. 12 controlli degli accessi civici registrati nel 2024 e susseguenti segnalazioni di correzione alle strutture competenti;

- ✓ n. 12 controlli degli accessi civici generalizzati registrati nel 2024 e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti;
- ✓ n. 12 controlli degli accessi ai documenti amministrativi registrati nel 2024 e susseguenti avvisi di correzione alle strutture competenti;
- ✓ ricerca continua di migliorare la qualità della pubblicazione dei dati in conformità al decreto legislativo n. 33/2013, in termini di forma e tempi previsti;
- ✓ impegno di perfezionamento del monitoraggio semestrale dei dati, ai sensi dell'art. 23, comma 1 del D.lgs. n. 33/2013 e dell'art. 1, comma 16 della legge n. 190/2012, con riferimento agli obblighi di pubblicazione;
- ✓ incremento del flusso informativo interno all'Azienda, mediante coinvolgimento di più uffici e strutture nell'attività, in un'ottica - anche - di consapevolezza e responsabilizzazione di tutti i soggetti circa l'importanza della medesima;
- ✓ proseguimento dell'iter di ricognizione ed impiego delle banche dati e degli applicativi già in uso ed introduzione di nuovi, anche per far fronte alle nuove esigenze emerse, anche e soprattutto, nell'ottica di ulteriori procedimentalizzazioni e automazione nella generazione di dati, informazioni e documenti;
- ✓ persistenza dell'uso di una piattaforma *whistleblowing*;
- ✓ elaborazione e pubblicazione della lista provvedimenti;
- ✓ elaborazione e pubblicazione del registro accessi;
- ✓ invio ad alcune strutture aziendali della comunicazione relativa ai seguenti temi: accessi documentali, civici e civici generalizzati ricordando l'importanza della corretta protocollazione delle richieste per poter formare il registro degli accessi;
- ✓ messa a disposizione alle strutture competenti di un modello bilingue per la richiesta di accesso ai documenti amministrativi - accessi documentali in collaborazione con lo staff privacy;
- ✓ invio delle FAQ aggiornate da parte di ANAC in tema di obblighi di pubblicazione alle strutture competenti, con la contestuale richiesta di allineare ed aggiornare tutte le pubblicazioni inerenti alla propria area di competenza;
- ✓ raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni ex art. 20 del d.lgs. n. 39/2013 dei relativi dirigenti;
- ✓ raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni ex art. 14 del d.lgs. n. 33/2013 dei relativi dirigenti;
- ✓ redazione e pubblicazione - risarcimenti erogati ex legge n. 24/2017, art. 4, comma 3 -;
- ✓ miglioramento continuo dell'applicazione della banca dati PerlaPA, insieme ad altre comunicazioni previste per il Ministero della pubblica amministrazione - Dipartimento della funzione pubblica;
- ✓ continuazione e miglioramenti della pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente", sul sito istituzionale aziendale (lista delle donazioni e altre informazioni pertinenti);
- ✓ liste di attesa, pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli richiesti dalla normativa - iniziativa promossa da GIMBE https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124437
- ✓ esecuzione di tre monitoraggi degli obblighi di pubblicazione, al fine di verificarne lo stato di adempimento, con vari confronti scritti ed orali con i singoli referenti, oltre all'invio di comunicazioni riassuntive a tutti i referenti ed alla dirigenza aziendale degli esiti di monitoraggio;
- ✓ particolare attenzione alla divulgazione in azienda sanitaria e alla consulenza agli uffici ed alle ripartizioni sui temi degli obblighi di trasparenza;
- ✓ nel 2024 è stato introdotto un corso integrato riferito alle tematiche dell'anticorruzione, trasparenza e privacy, il quale è fruibile da parte dei dipendenti mediante apposita piattaforma e-learning e che prevede il rilascio di un certificato di frequenza e profitto di valenza come da normativa; tale corso FAD verrà offerto anche nel 2025;

- ✓ la responsabile della trasparenza ha regolarmente ricordato ai referenti le scadenze di aggiornamento/archiviazione dei dati oggetto di pubblicazione, nonché comunicato i requisiti qualitativi che tali dati devono possedere;
- ✓ creazione della tabella riassuntiva degli accessi alle pagine della sezione "Amministrazione trasparente";
- ✓ aggiornamenti sulla pagina intranet aziendale p.e. in tema di promozione della conciliazione tra famiglia e lavoro; facsimili in uso e simili;
- ✓ pubblicazione dell'attestazione dell'OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione (delibera ANAC n. 213/2024), dalla quale emerge che i dati pubblicati da parte dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige oggetto di esame secondo la suddetta delibera riportano tutte le informazioni richieste dalle previsioni normative.

Per maggiori dettagli sulle misure in tale area si rinvia integralmente al piano integrato di attività ed organizzazione (PIAO) 2025-2027, il quale risulta regolarmente pubblicato nella sezione - Amministrazione Trasparente-Altri contenuti del sito aziendale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

4 Situazione economico-finanziaria per il triennio 2024-2026

Per gli anni 2024-2026 la Provincia ha inizialmente approvato un bilancio "tecnico" (Legge provinciale 19 settembre 2023, n. 23) che applicava criteri maggiormente prudenziali rispetto alle previsioni di entrata future e si limitava sostanzialmente alla rimodulazione delle spese previste dalla normativa vigente, delle spese obbligatorie e delle spese vincolate.

Su questa base, la Giunta provinciale con la delibera n. 1044 del 28.11.2023 ha assegnato all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige finanziamenti provvisori per il triennio 2024-2026 e l'Azienda Sanitaria ha approvato il bilancio preventivo 2024 con delibera del Direttore Generale n. 2024-A-000131 del 01.02.2024.

A seguito della variazione del bilancio e dopo l'approvazione del bilancio di assestamento della Provincia, la nuova Giunta provinciale con delibera n. 714 del 27.08.2024 ha assegnato all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige finanziamenti aumentati per il triennio 2024-2026, dove i finanziamenti per il 2025 e 2026 sono da considerare provvisori:

Allegato D della delibera della Giunta provinciale Nr. 714 del 27.08.2024.

Beträge in Euro ausgedrückt - importi espressi in euro						
Piano di finanziamento spese correnti Finanzierungsplan laufende Ausgaben				2024	2025	2026
Capitolo Bil. Prov. Kapitel LHR	Uffizi Amt	Descrizione	Beschreibung	Assegnazione all'A. S. Zuweisung an den S.B.	Assegnazione all'A. S. Zuweisung an den S.B.	Assegnazione all'A. S. Zuweisung an den S.B.
U13011.0000		DISPONIBILITÀ AZIENDA SANITARIA CAP. U13011.0000	VERFÜGBARKEIT SANITÄT SBETRIEB KAP. U13011.0000	1.527.228.576,06	1.513.751.644,79	1.553.982.146,51
U13011.0120	23.4	Assegnazioni all'azienda sanitaria per l'effettuazione di corsi di formazione, il materiale didattico relativo e per l'erogazione di contributi (LP 14/2002, art.1.4)	Zuweisungen an den Sanitätsbetrieb zur Durchführung von Ausbildungskursen und das dafür erforderliche didaktische Material und die Ausschüttung von Beiträgen (LG 14/2002 Art.1.4)	348.000,00	348.000,00	348.000,00
U13011.1950	23.4	Contributi con finanziamento della Provincia all'Azienda sanitaria per il finanziamento della ricerca (LP 14/2006, art.5)	Beiträge mit Finanzierung des Landes an den Sanitätsbetrieb für die Finanzierung der Forschungsprogramme (LG 14/2006 Art.9)	631.000,00	571.000,00	571.000,00
U13011.2425	23.4	PNRR - Assegnazione all'azienda sanitaria destinate all'incremento delle competenze digitali dei professionisti del sistema sanitario - M6C2 - 1.3.1 b)	PNRR - Zuweisung an den Sanitätsbetrieb für die Verbesserung der digitalen Kompetenzen der Fachkräfte im Gesundheitswesen - M6C2 - 1.3.1 b)	753.948,84	675.954,13	-
U13011.2430	23.1 23.2	PNRR - Assegnazione all'azienda sanitaria per l'assistenza domiciliare - M6C1 - 1.2.1 - CUP D11H23000040001 (DL 77/2021, DL 60/2021, DM 23/01/2023, art.1, LP 1/2001, art.28)	PNRR - Zuweisung an den Sanitätsbetrieb für die häusliche Pflege - M6C1 - 1.2.1 - CUP D11H23000040001 (GD 77/2021, GD 60/2021, MD 23/01/2023 Art.1, LG 1/2001 Art.28)	12.740.976,00	14.091.040,00	-
		Somma "vincolate" x iniziative specifiche	Gesamtsumme zweckgebundene Mittel für "spezifische Maßnahmen"	14.471.924,84	15.683.994,13	917.000,00
U13021.0050		Assegnazioni all'Azienda sanitaria per l'erogazione di prestazioni superiori ai LEA (LP 7/2001, art.28)	Zuweisung an den Sanitätsbetrieb für die Erbringung von Leistungen über den WBS (LG 7/2001 Art.28)	45.800.000,00	45.800.000,00	45.800.000,00
		Somma aggiuntiva	Gesamtsumme Sondermaßnahmen	45.800.000,00	45.800.000,00	45.800.000,00
		TOTALE ASSEGNAZIONI ALL'AZIENDA SANITARIA PER SPESE CORRENTI	GESAMT SUMME ZUWEISUNGEN AN DEN SANITÄT SBETRIEB FÜR LAUFENDE AUSGABEN	1.587.500.500,90	1.575.235.638,92	1.600.699.146,51

Successivamente, il Direttore Generale con delibera n. 2024-A-000991 del 17.09.2024, ha approvato il nuovo bilancio preventivo per il 2024 con entrate e spese complessive pari a 1.719.052.064,54 euro.

Con delibera della Provincia n. 221 del 01.0.2025 è stato approvato il piano di finanziamento definitivo per l'esercizio 2024 con un finanziamento complessivo nella misura di 1.676.160.209,83 euro. Il bilancio di esercizio 2024 attualmente è in fase di approvazione. Il progetto di bilancio d'esercizio 2024 presenta un risultato d'esercizio positivo.

5 Soddisfazione dei pazienti e qualità percepita nell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige

5.1. Qualità percepita

La rilevazione della qualità percepita viene disciplinata dai seguenti riferimenti normativi:

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 definisce il concetto di qualità in sanità come elemento imprescindibile del SSN e come strumento di verifica per analizzare l'effettiva efficacia ed efficienza dei servizi.
- Decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150
- Garante per la protezione dei dati personali - Linee guida in tema di trattamento di dati per lo svolgimento di indagini di customer satisfaction in ambito sanitario - 5 maggio 2011

I sondaggi rivolti ai pazienti forniscono informazioni preziose sul loro grado di soddisfazione e possono anche contribuire alla misurazione della qualità ed a promuovere delle iniziative di miglioramento all'interno delle strutture sanitarie. In questo contesto, nel 2024 l'Azienda ha svolto le seguenti rilevazioni:

A) indagine sulla soddisfazione dei pazienti ricoverati nei sette ospedali dell'Azienda

Questa iniziativa è stata realizzata dall' Ufficio Relazioni con il Pubblico, che si è posta come obiettivo di rilevare, tramite un apposito sondaggio, la qualità percepita dell'assistenza nel setting di ricovero.

Sono state quindi adottate una serie di misure preparatorie per la realizzazione del progetto, come la predisposizione della banca dati di tutti i pazienti che sono stati ricoverati in uno dei sette ospedali dell'Azienda nel periodo dal 01/01/2024 al 30/09/2024, la redazione di un questionario e di una lettera di accompagnamento, l'approntamento e l'indizione di una gara d'appalto, nonché l'incarico ad una società esterna per il supporto tecnico-scientifico. A tal fine è stato affidato l'incarico ad un istituto di ricerca sociale e demoscopia. L'indagine ha coinvolto circa **16.000 persone**, suddivisa in due modalità a seconda dell'età dei partecipanti: per le persone di età inferiore ai 60 anni è stata proposta un'indagine online; mentre ai pazienti di età superiore ai 60 anni sono state offerte entrambe le opzioni (online e in forma cartacea). La prima parte delle lettere di comunicazione ai cittadini è stata inviata nel novembre 2024. L'invio della seconda parte delle missive è stato deliberatamente posticipato al periodo successivo a Natale, a causa del sovraccarico dei servizi postali durante il periodo natalizio. Le risposte individuali sono in corso di ricezione ed i relativi risultati saranno analizzati nelle prossime settimane.

B) Sondaggio sulla soddisfazione dei medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta riguardo ai laboratori di patologia clinica

Un ulteriore tema dei sondaggi di soddisfazione nell'anno 2024 ha riguardato la soddisfazione dei medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta nei confronti dei laboratori di patologia clinica nei quattro Comprensori.

In generale, seppure con differenze tra i vari laboratori, le domande sulla struttura e chiarezza del referto, plausibilità clinica ed accuratezza hanno ottenuto **un alto grado di soddisfazione**. Le aree che hanno registrato un minor grado di soddisfazione sono quelle della modalità di richiesta delle analisi e dei relativi strumenti informatici, nonché del software per la prescrizione delle analisi. Dai risultati relativi ai tempi di attesa per l'esecuzione del prelievo e la velocità di esecuzione delle analisi di routine emergono differenze a seconda dei laboratori presi in considerazione.

C) Sondaggio presso il reparto Hospice/Cure Palliative

Presso il reparto Hospice/Cure Palliative dell'ospedale di Bolzano è stata rilevata l'esperienza alle percezioni del familiare e/o della persona che principalmente si prendeva cura della persona ammalata. L'indagine, che si svolge annualmente dal 2015, mira alla raccolta di dati per approfondire i bisogni e le aspettative delle persone assistite e migliorare il servizio offerto. La percentuale di risposta è pari al 49,8% (105 questionari ritornati su 211 inviati).

Oltre alle informazioni generali che riguardano il rapporto di parentela, il genere e l'età e il tempo trascorso in reparto, il questionario valuta l'accoglienza, la comunicazione, il personale e la gestione del dolore fino al momento del decesso.

Per quanto concerne l'accoglienza il 95,2% degli intervistati ha espresso la propria piena soddisfazione, mentre per la comunicazione il 93,3% ha ritenuto di essere stato ampiamente informato sulle condizioni del paziente e l'87,6% ha espresso parere favorevole al supporto dei colloqui informativi e di sostegno offerti dal personale.

Il personale è stato valutato sia in base al tempo che alla gentilezza e disponibilità. Il 92,4% ha ritenuto molto/abbastanza il tempo dedicato dal personale medico e il 96,2% quello del personale infermieristico, la disponibilità e gentilezza hanno ottenuto rispettivamente il 93,4% e il 100% dei consensi. Le altre figure professionali, operatori socio-sanitari e psicologi registrano percentuali più basse, comunque sempre intorno al 70%, verosimilmente in quanto non presenti in modo così continuativo.

La gestione dei sintomi e in particolare del dolore viene valutata molto positivamente, con il 94% degli intervistati che ritengono che sia stato abbastanza/molto alleviato il dolore dell'assistito. Infine, il 97,1% dei congiunti esprime la propria soddisfazione sul sostegno ricevuto per l'elaborazione del lutto.

D) Sondaggi a livello comprensoriale

Ulteriori sondaggi hanno avuto luogo presso i singoli Comprensori. In quello di **Bressanone** si svolge fin dal 1999 un sondaggio rivolto ai pazienti ricoverati presso gli ospedali di Bressanone e di Vipiteno. L'elaborazione dei dati è ancora in corso ed i risultati saranno comunicati non appena saranno disponibili. Inoltre, vengono intervistati anche i parenti dei pazienti ricoverati nei reparti pediatrici, i risultati vengono espressi nel formato a risposta aperta e vengono comunicati al Primario competente.

Anche presso il **Comprensorio di Brunico** nel settore della **Ginecologia** e della **Procreazione medicalmente assistita** hanno avuto luogo degli appositi sondaggi.

Per quanto concerne gentilezza e capacità di immedesimazione in entrambi gli ambiti, sia per il personale medico, che infermieristico, che quello amministrativo o addetto alle pulizie, il range degli intervistati molto soddisfatti è del 78,7% - 82,0%. Nel reparto di Ginecologia spicca come punto di forza, con ben il 93,0% di pazienti molto soddisfatti, il tema dell'attenzione al dolore e gestione della terapia del dolore. Nel settore della Procreazione medicalmente assistita ben il 77,5% dei pazienti valuta come molto soddisfacente la qualità dei trattamenti da parte dei medici, rispettivamente il 77,0% da parte delle biologhe.

Le aree nel reparto di Ginecologia che ottengono risultati comparativamente inferiori agli altri, si possono individuare riguardo ai chiarimenti ed informazioni ottenuti dal personale infermieristico sulle misure assistenziali intraprese, che registra comunque il 71,0% di intervistati molto soddisfatti.

Per la Procreazione medicalmente assistita le informazioni sulle percentuali di successo registrano solo il 20,0% di intervistati molto soddisfatti, anche l'organizzazione per quanto riguarda i tempi d'attesa riguardo all'appuntamento concordato e l'attrezzatura e i locali dell'ambulatorio ha registrato percentuali di circa la metà degli intervistati come altamente soddisfatti, mentre una parte comunque piccola - intorno al 6-7% - si ritiene insoddisfatta.

5.2 Reclami e segnalazioni

L'istituzione ed il funzionamento degli Uffici Relazioni con il Pubblico sono disciplinati da diverse disposizioni normative:

- Legge 7 agosto 1990, n. 241
- Legge provinciale 22 ottobre 1993, n. 171
- Legge 7 giugno 2000, n. 150
- D.lgs. 30 marzo 2001, n. 165
- Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 ottobre 1994 sui principi per l'istituzione ed il funzionamento degli uffici per le relazioni con il pubblico.
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 7 febbraio 2002 "Attività di comunicazione delle Pubbliche Amministrazioni"
- Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica 24 marzo 2004 "Rilevazione della qualità percepita dai cittadini"
- Procedura aziendale "Gestione dei sinistri e segnalazione dei sinistri preventivi" (2473/17)
- Procedura Gestione dei reclami da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e relative Unità operative (UU.OO.) nei comprensori sanitari (9912/24)

Nell'anno 2024, in collaborazione con l'Unità organizzativa per il Governo clinico, è stata formalizzata la Procedura per la Gestione dei reclami da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) e relative Unità operative (UU.OO.) nei comprensori sanitari. Sebbene i flussi di lavoro dell'Ufficio Relazione con il Pubblico fossero già stati definiti in precedenza, le singole fasi sono state formalizzate con la definizione della nuova procedura e integrate con le aree che dovevano essere trattate in collaborazione con l'Unità organizzativa per il Governo clinico. Questa procedura definisce in primo luogo i seguenti obiettivi, indicatori o risultati attesi:

1. garantire che il personale dell'Ufficio relazioni con il pubblico (URP) delle unità operative e punti di comunicazione adottino lo stesso procedere in tutte le sedi dell'Azienda sanitaria;
2. garantire che le segnalazioni vengano elaborate secondo le modalità e le tempistiche previste;
3. garantire alle cittadine e ai cittadini un procedimento univoco, trasparente e corretto;
4. individuare e promuovere azioni, anche immediate, utili ad evitare e/o ridurre il ripetersi delle cause di insoddisfazione delle cittadine e dei cittadini;
5. relazionarsi con empatia, dare ascolto e supporto ai/pazienti e ai/pazienti segnalanti;
6. garantire il diritto di accesso e di partecipazione dell'utenza;
7. classificare e segnalare le segnalazioni registrate per monitorare la percezione delle cittadine e dei cittadini e l'insorgere di eventuali criticità.

In sintesi, si può affermare che il carico di attività in capo agli URP sia stato più intenso nel 2024 rispetto al 2023, dato che nel 2024 sono state registrate 174 segnalazioni in più rispetto all'anno precedente: in particolare sono stati presentati agli URP aziendali 2.821 reclami rispetto ai 2.647 del 2023 (+6,6%), di cui 920 contestazioni relative al ticket rispetto a 750 del 2023 (+22,7%).

I reclami e le segnalazioni dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige vengono inseriti nell'apposito programma Trouble ticketing ed appositamente classificati secondo specifiche categorie, che permettono alla Dirigenza di mettere in luce le criticità principali nei servizi forniti e quindi di intervenire con azioni mirate. Ai primi tre posti di aree maggiormente oggetto di insoddisfazione da parte dell'utenza si possono riscontrare le seguenti motivazioni: "**Contestazione tariffario/pagamento ticket**", "**Carenze organizzative**" e "**Carenze assistenziali del personale medico**". In particolare, le problematiche relative al pagamento dei ticket costituiscono quasi la metà del numero complessivo delle segnalazioni e nel 2024 rispetto al 2023 sono in crescita del +19,74%.

Un altro elemento di criticità è individuato nelle **lunghe liste di attesa**, dato che questo ambito risulta di estrema importanza per il cittadino, il quale segnala ritardi nell'erogazione delle prestazioni e difficoltà nell'accesso tempestivo ai servizi.

In estrema sintesi, i cittadini lamentano frequentemente **aspetti burocratici/amministrativi**, come quelli che riguardano le difficoltà nella gestione delle pratiche amministrative, la fruizione dei servizi online e la gestione documentale, che incidono sulla percezione di efficienza del sistema. Inoltre, in

relazione agli **aspetti relazionali**, che riguardano il contatto diretto con il personale, vengono percepite lacune in termini di cortesia e supporto, elementi fondamentali per un servizio di qualità. Fondamentali sono anche gli **aspetti tecnico-professionali**, dato che i reclami in quest'area riguardano presunti errori tecnici, discrepanze nelle procedure cliniche e problematiche inerenti la qualità delle prestazioni, indicando un margine di miglioramento nelle pratiche operative.

Al fine di ottimizzare la gestione dei reclami anche dal punto di vista informatico, è stato deciso di adottare il software Intrafox Health Care. Questo software è in corso di adattamento alle esigenze aziendali, anche grazie al contributo dello staff della Qualità.

6 Indagine del clima organizzativo dell'Azienda Sanitaria

INDAGINE CLIMA ORGANIZZATIVO

Nel corso dell'anno 2023 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha condotto insieme alla Scuola universitaria superiore Sant'Anna di Pisa un'indagine sul clima organizzativo interno con la finalità di rilevare la soddisfazione del personale, che è un importante fattore di successo per un'organizzazione. Dipendenti soddisfatti e motivati sono più produttivi ed efficienti e hanno un maggiore senso di lealtà verso l'Azienda. Il questionario di soddisfazione è stato somministrato a circa 10.000 tra dirigenti e dipendenti e la percentuale di partecipazione è stata del 35%. Gli argomenti sondati hanno riguardato la gestione della pandemia, gli aspetti relativi alla percezione individuale del proprio lavoro in Azienda Sanitaria, le condizioni lavorative, il management, la comunicazione e l'informazione, la formazione e l'aggiornamento, il sistema di budget, la valutazione dei servizi interni e l'Azienda Sanitaria nella riorganizzazione e nei processi di cambiamento.

Il lavoro di valutazione dei risultati si è esteso anche all'anno 2024.

Alcuni dei risultati più evidenti:

Mi sento personalmente realizzata/o nel mio lavoro. /
Ich fühle mich bei meiner Arbeit verwirklicht.

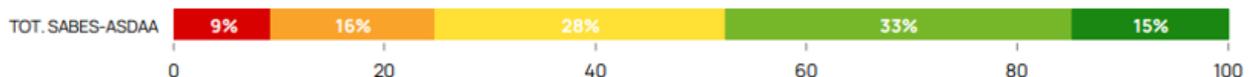
Il 69% dei responsabili di struttura ed il 48% degli altri dipendenti che hanno partecipato dichiarano di sentirsi realizzati.

69% der Führungskräfte und 48% der Mitarbeitenden gaben an, dass sie sich erfüllt fühlen.

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE



Lascerò la mia Azienda il prima possibile. / Ich werde mein Unternehmen so schnell wie möglich verlassen.

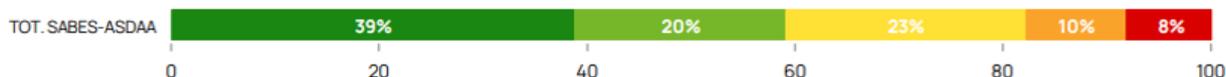
Il 16% dei responsabili di struttura ed il 18% degli altri dipendenti dichiara che lascerà l'azienda il prima possibile.

16% der FùK und 18% der MA geben an, dass sie das Unternehmen so bald wie möglich verlassen möchten.

**RESPONSABILI /
FÜHRUNGSKRÄFTE**



**DIPENDENTI /
MITARBEITENDE**



Mi sento parte integrante del team all'interno del quale lavoro in un clima di reciproca collaborazione. / Ich fühle mich als integraler Bestandteil des Teams, in dem ich in einer Atmosphäre der gegenseitigen Zusammenarbeit arbeite.

Il 62% dei responsabili ed il 51% degli altri dipendenti dichiarano di sentirsi parte integrante di un team che lavora in un clima di reciproca collaborazione.

62% der FùK und 51% der MA geben an, dass sie sich als Teil eines Teams fühlen, das in einer Atmosphäre der gegenseitigen Zusammenarbeit arbeitet.

**RESPONSABILI /
FÜHRUNGSKRÄFTE**



**DIPENDENTI /
MITARBEITENDE**

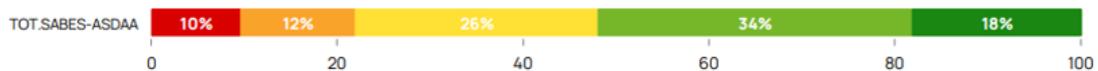


Consiglierei ad una/un collega di lavorare nella mia stessa Azienda. /
Ich würde einem/einer Kollegen/in empfehlen, in meinem Betrieb zu arbeiten.

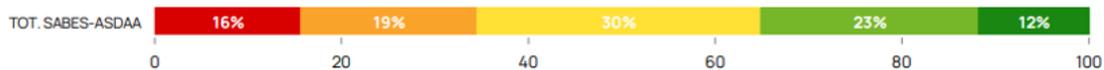
Tra i rispondenti, circa il 52% dei responsabili ed il 25% degli altri dipendenti dichiara che consiglierebbe ad un collega di lavorare nella sua stessa Azienda. Il 22% tra i primi ed il 35% tra i secondi manifesta invece disaccordo.

Von den Befragten geben etwa 52% der F&K und 25% der MA an, dass sie einem Freund raten würden, im ihrem Unternehmen zu arbeiten. Demgegenüber würden es 22 % der Ersteren und 35 % der Letzteren nicht tun.

**RESPONSABILI /
FÜHRUNGSKRÄFTE**



**DIPENDENTI /
MITARBEITENDE**

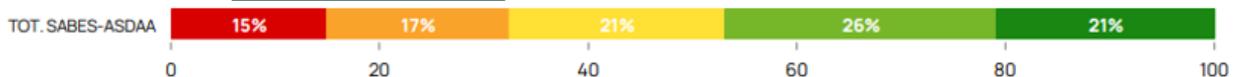


Il mio responsabile diretto sa gestire le situazioni conflittuali. /
Mein/e Vorgesetzter/e kann mit Konfliktsituationen umgehen.

Il 47% dei dipendenti afferma che il responsabile diretto sappia gestire situazioni conflittuali.

47 % der Arbeitnehmernden geben an, dass der/die direkte Vorgesetzte weiß, wie man mit Konfliktsituationen umgeht.

**DIPENDENTI /
MITARBEITENDE**



Il mio responsabile diretto svolge regolarmente il colloquio annuale con i suoi collaboratori. / Mein direkter Vorgesetzter führt regelmäßig das Jahresgespräch mit seinen Mitarbeitern.

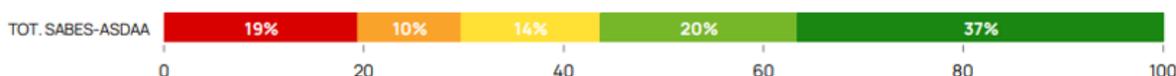
Solo il 57% dei dipendenti e 52% dei responsabili dichiara di svolgere un colloquio annuale con il proprio superiore.

Nur 57% der MA und 52% der FÜK geben an, dass sie ein jährliches Gespräch mit ihrem Vorgesetzten führen.

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE

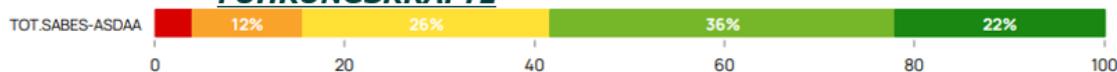


Ritengo adeguate le opportunità formative offerte dall'Azienda per migliorare le mie competenze trasversali-manageriali. / Meines Erachtens sind die vom Betrieb angebotenen Weiterbildungen zur Verbesserung meiner Führungs- und übergreifenden Kompetenzen angemessen.

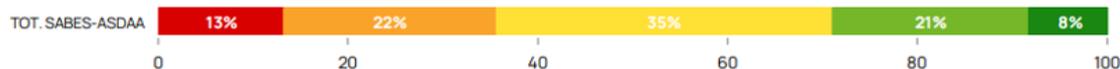
Il 58% dei responsabili ed il 29% degli altri dipendenti ritiene adeguata l'offerta di formazione per competenze trasversali e manageriali.

58% der FÜK und 29% der MA halten die Ausbildung in Managementfähigkeiten und Soft Skills für angemessen.

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE



Ne sono scaturite importanti informazioni e indicazioni per il miglioramento del clima organizzativo interno. In particolare, occorre semplificare i processi amministrativi, valorizzare maggiormente le risorse umane, ridurre i tempi di attesa e investire nelle innovazioni organizzative.

L'obiettivo futuro è quello di migliorare il lavoro di gestione a tutti i livelli, garantire una politica di comunicazione e informativa efficiente e rendere più trasparenti e chiare le procedure burocratiche, per aumentare la soddisfazione dei collaboratori, di conseguenza l'attrattività dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige come datore di lavoro e quindi la soddisfazione dei nostri clienti, pazienti e utilizzatori.

Monitoraggio delle uscite/dimissioni – colloqui di uscita

Sempre nel corso dell'anno 2024 l'Azienda Sanitaria ha migliorato la procedura relativa ai colloqui in uscita a favore del personale dimissionario. Nella prima metà dell'anno sono stati somministrati questionari finalizzati a rilevare i motivi del licenziamento, mentre nella seconda metà dell'anno ogni dipendente dimissionario ha ricevuto una telefonata personale ed ha avuto modo di riferire in un colloquio telefonico le motivazioni del licenziamento, la situazione del clima organizzativo, informazioni sul nuovo datore di lavoro e sui motivi per i quali il dipendente lo preferisce all'Azienda Sanitaria e suggerimenti per il miglioramento della retention del personale. I risultati di questa importante attività vengono presentati semestralmente alla Direzione aziendale e permettono di implementare misure specifiche per migliorare in modo continuo la qualità del lavoro in Azienda Sanitaria.

Sempre nel 2024 l'Azienda Sanitaria ha approvato il proprio gender equality plan e ha in programma attività di formazione sul tema dell'age management al fine di promuovere una cultura aziendale inclusiva e attenta alle diverse fasce di età dei dipendenti.

Gender Equality Plan

L'approvazione del Gender Equality Plan (GEP) è un passo essenziale per promuovere un ambiente di lavoro più equo e inclusivo, garantendo pari opportunità a tutte le persone in azienda, indipendentemente dal genere. Inoltre, delinea azioni e obiettivi concreti volti a promuovere l'equità e a creare un ambiente di lavoro basato sulla molteplicità, sulla sensibilità di genere e sulla diversità. Gli obiettivi generali del piano sono:

- Contrastare le molestie sessuali e la violenza di genere.
- Promuovere la prospettiva di genere nella ricerca biomedica e nella pratica clinica.
- Aumentare la consapevolezza sulla parità di genere e rafforzare gli atteggiamenti positivi verso l'inclusione.
- Misurare tutto attraverso un sistema di monitoraggio dell'implementazione del GEP e della raccolta dati.
- Integrare la prospettiva di genere nella medicina e nella ricerca.
- Promuovere una cultura organizzativa basata sul rispetto e sulla valorizzazione delle differenze nelle diverse fasi di vita.
- Diffondere un corretto uso del genere nella lingua impiegata in tutti i documenti dell'Azienda.
- Raccogliere, analizzare e aggiornare periodicamente i dati quantitativi e qualitativi disaggregati per genere relativi a tutti gli ambiti rilevanti all'interno dell'Azienda.

Rafforzamento della collaborazione con il Comitato unico di garanzia per il benessere del personale e contro la discriminazione.

Accreditamento Audit "famigliaelavoro"

Nel 2024 è iniziato il processo di accreditamento definitivo per l'Audit "famigliaelavoro", consolidando l'impegno dell'Azienda Sanitaria nel promuovere la conciliazione tra vita lavorativa e vita privata. Tra la fine del 2024 e aprile 2025, saranno condotte interviste strutturate in tutti i Comprensori sanitari, coinvolgendo dipendenti e dirigenti di ogni categoria. I risultati forniranno una panoramica sulla situazione attuale e sulla percezione del personale rispetto alle politiche di conciliazione, costituendo la base per future strategie di miglioramento. Le conclusioni verranno presentate alle Direzioni, con il supporto dell'auditrice, per definire le misure a favore del benessere dei collaboratori.

L'Azienda Sanitaria non si limita a rispondere ai bisogni legati alla famiglia, ma si impegna a considerare le esigenze che i dipendenti sviluppano nelle diverse fasi della loro vita. Ciò significa adottare un approccio flessibile e inclusivo, che tenga conto delle necessità di conciliazione non solo per chi ha responsabilità familiari, ma anche per chi affronta cambiamenti legati alla crescita professionale, all'invecchiamento, alla salute personale o ad altre situazioni individuali. L'obiettivo è creare un ambiente di lavoro che favorisca il benessere complessivo del personale.

Convenzioni

Nell'ottica di promuovere il benessere e la qualità della vita lavorativa, nell'anno 2024 sono state attivate alcune convenzioni con esercizi sportivi su tutto il territorio altoatesino per offrire alle e ai dipendenti tariffe agevolate su abbonamenti e servizi sportivi. Tale proposta si allinea con le strategie aziendali di welfare e di benefit, rafforzando l'attrattività aziendale come datore di lavoro e favorendo il senso di appartenenza delle collaboratrici e dei collaboratori.

In aggiunta, in attivo sono rimaste le convenzioni con il servizio di trasporto ITALO e un servizio di scontistica su vari articoli denominato Benefithub.

Onboarding

Nel 2024, la procedura di onboarding è stata revisionata e integrata su tutte e tre le colonne del ASDAA. È stata concordata, in collaborazione con esperti della Direzione Sanitaria, della Direzione Tecnico-Amministrativa e della Direzione amministrativa, una procedura unificata. Nel 2025, questa procedura sarà presentata e implementata.

SVILUPPO DEI DIRIGENTI

Nel 2024 sono state implementate le prime misure del concetto di sviluppo della leadership. Il concetto comprende le seguenti aree:

- Creazione di un'offerta continua di formazione per i dirigenti nei settori delle competenze di leadership (competenze sociali, competenze personali, competenze metodologiche, gestione e leadership) e l'istituzione di un pool di coaching per i dirigenti.
- Fornitura di strumenti di leadership.
- Sviluppo di futuri dirigenti.

Offerta formativa

Nel 2024 sono state offerte complessivamente 18 formazioni nel campo delle competenze di leadership. A seguito di un cambio di vertice aziendale, le formazioni sono iniziate solo a maggio/giugno. Tuttavia, complessivamente 95 dirigenti sono stati formati e sviluppati in vari workshop e seminari. A causa dell'inizio ritardato, purtroppo 8 eventi sono stati annullati a causa del numero insufficiente di partecipanti. Un obiettivo centrale dello sviluppo della leadership è l'organizzazione interdisciplinare delle misure per promuovere la collaborazione interprofessionale e contrastare il pensiero a silos. Questo è chiaramente illustrato nella tabella seguente, che mostra la partecipazione di tutte le categorie professionali ai seminari:

	Dir. tecnico assistenz.	Dir. Sanitaria	Dir. Amministrativa
Wirksame Führung	2	3	2
Resilienz und Agilität	2	1	2
Antistupidity task force	5	3	6
Best Practise aus Management und Organisation	2	1	2
Auf dem Weg mit mir Wanderseminar für Führungskräfte	3		3
Coaching als Führungsaufgabe	10	3	2
Konflikte konstruktiv führen und lösen	5	3	5
mediazione del conflitto	4	6	3
resilienza e agilità per la dirigenza	2	1	3
lavoro di squadra in modo efficiente e motivato	10	5	4

Sviluppo di un corso per nuovi dirigenti

I nuovi dirigenti affrontano sfide particolari nel loro primo incarico di leadership nel servizio sanitario. Pertanto, è stato sviluppato un concetto di formazione per i nuovi dirigenti che comprende i seguenti argomenti: leadership nel servizio sanitario dell'Alto Adige, aspetti legali per i dirigenti, processo di definizione degli obiettivi nell'azienda, gestione del personale, motivazione dei dipendenti, autogestione, gestione del cambiamento, compiti di gestione di un dirigente e regolamento disciplinare del servizio sanitario dell'Alto Adige.

Creazione di un'offerta di coaching

Nel 2024 è stato sviluppato e documentato un concetto di coaching per i dirigenti. Questo concetto prevede che i dirigenti possano usufruire di un'offerta di coaching nelle seguenti situazioni:

- Assunzione di nuovi incarichi di leadership
- Situazioni di conflitto
- Progetti di cambiamento
- Riflettere sul proprio ruolo di leadership e promuovere l'auto-riflessione

Nel 2025 questo concetto sarà presentato alla direzione aziendale ed approvato.

Fornitura di strumenti dirigenziali

Il concetto di sviluppo della leadership prevede la fornitura dei seguenti strumenti di leadership:

Strumenti di leadership	Dettaglio
Strumento 1	Obiettivi di budget
Strumento 2	Clausura per dirigenti
Strumento 3	Riunioni continui
Strumento 4	Clausura su livello d' ufficio e ripartizione
Strumento 5	Colloqui di sviluppo del personale
Strumento 6	Riunioni di Team
Strumento 7	Formazione ed aggiornamento
Strumento 8	Management di qualità e rischio
Strumento 9	Valutazione del personale

È stato deciso internamente di iniziare con il colloquio di sviluppo del personale, la definizione degli obiettivi della clausura per i dirigenti e la formazione e l'aggiornamento.

Colloquio di sviluppo del personale e valutazione del personale

Il colloquio di sviluppo del personale, insieme all'analisi delle competenze, è stato standardizzato e sviluppato ulteriormente. Il concetto è stato discusso con gli staff per lo sviluppo professionale nella direzione tecnico assistenziale e sanitaria. Nel 2025 seguirà la direzione amministrativa, dopodiché il concetto sarà presentato alla direzione aziendale per approvarne l'introduzione e avviare i corsi di formazione e i workshop introduttivi per i dirigenti. Un'importante priorità nel 2025 sarà la digitalizzazione e l'informatizzazione di questo strumento di leadership.

Colloqui di definizione obiettivi di budget

Nel 2024 l'ufficio di controllo ha condotto le prime formazioni per i dirigenti sull'uso dello strumento di definizione degli obiettivi.

Giornate a porte chiuse per dirigenti

Nel 2024 la direzione generale ha deciso di organizzare una giornata di clausura per 50 dirigenti. Durante l'evento sono state discusse e analizzate principalmente le strategie e le sfide per il 2025 e gli anni successivi attraverso workshop strategici.

Formazione PNRR nel campo della gestione dei dirigenti

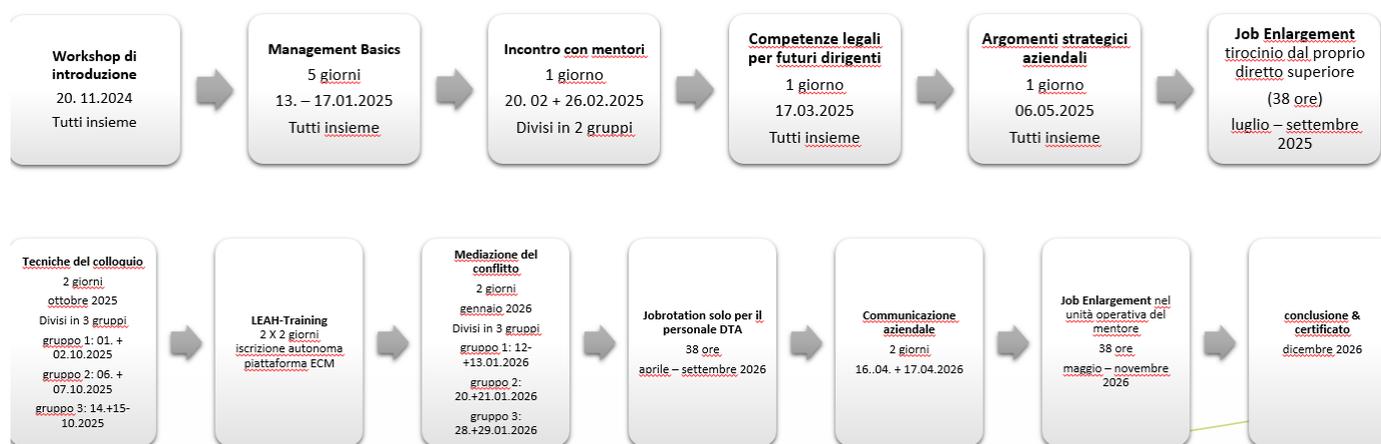
Nel 2024 la Provincia Autonoma di Bolzano ha condotto il corso PNRR per migliorare le competenze di gestione dei dirigenti del servizio sanitario. Lo sviluppo del personale ha fornito principalmente supporto contenutistico e amministrativo per facilitare la partecipazione. Anche nella comunicazione con i relatori esterni, la Ripartizione è stata fortemente coinvolta.

Sviluppo di futuri dirigenti

Nel 2024 è stato condotto un assessment center per identificare i potenziali giovani leader, a cui hanno partecipato circa 30 dirigenti interni. Con il supporto di un'agenzia HR, è stato sviluppato un assessment center basato sui valori di leadership, che comprendeva tre valutazioni:

- Presentazione della propria visione di leadership e confronto con i valori di leadership dell'Azienda
- Gioco di ruolo nella vita quotidiana di un dirigente (simulazione di un colloquio con un dipendente)
- Gestione di un progetto di gruppo (simulazione di un progetto di gruppo)

Tutti i dirigenti che hanno partecipato come osservatori hanno seguito un seminario di un giorno. A maggio 2024, 65 dipendenti di tutte e tre le aree (direzione tecnico assistenziale: 26, direzione sanitaria: 23, direzione amministrativa: 16) sono stati valutati attraverso l'assessment center. 47 persone sono state ammesse al corso biennale, iniziato nel 2024. Di seguito viene illustrato il corso biennale.



Misure di supporto per l'acquisizione della seconda lingua

A fronte della carenza di personale qualificato nel settore sanitario, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nel 2024 ha messo in atto ulteriori misure di sostegno che accompagnino il personale sanitario privo di attestato di bilinguismo all'acquisizione delle competenze linguistiche rilevanti per il lavoro, al fine di supportare l'ottenimento dell'attestazione di bilinguismo richiesto da contratto e di investire in un rapporto di lavoro a lungo termine.

Nel 2024 è stato creato un sistema di monitoraggio per fornire una panoramica della situazione linguistica dei collaboratori senza attestato di bilinguismo. Sono stati organizzati **62 corsi di lingua tedesca e italiana interni**, ovvero **18 corsi di lingua intensivi A1** (1 mese prima della presa di servizio; online e in presenza) e **44 corsi di lingua estensivi** (6 mesi) ai livelli A1, A2, B1, B2 e C1 (online e in presenza), nei quali sono complessivamente stati occupati **ca. 450 posti**. Dei collaboratori privi di attestazione di bilinguismo assunti nel 2024, **più dell'80%** ha partecipato a uno o più corsi di lingua interni. In aggiunta, sono stati rimborsati e riconosciuti come orario di lavoro percorsi di lingua esterni e soggiorni linguistici intensivi (1 mese) all'estero e in Italia.

L'Azienda Sanitaria è diventata Centro Certificatore per l'esame di **certificazione della lingua tedesca ÖSD** e a ottobre 2024 sono stati avviati i primi esami interni con commissione esterna ÖSD a livello B2 e C1. Inoltre, è stata avviata una collaborazione con l'Istituto Dante Alighieri per l'esame di **certificazione della lingua italiana PLIDA** ai livelli B2 e C1.

Inoltre, sono state messe a disposizione dei collaboratori **consulenze linguistiche individuali** e, nell'ambito del progetto di **volontariato linguistico**, sono state create **30 coppie linguistiche**.

Formazione interna e formazione esterna

La formazione interna ed esterna è finalizzata alla qualificazione, alla promozione e allo sviluppo del personale. Essa contribuisce in modo significativo al mantenimento e allo sviluppo della capacità lavorativa e della motivazione, nonché al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Nel 2024 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha organizzato ed eseguito **861 eventi di formazione interna**. Inoltre, nello stesso anno l'Azienda ha garantito **15.500 partecipazione ad eventi di formazione esterna**.

Formazione relativa alla sicurezza sul lavoro

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha offerto i seguenti corsi relativi alla **formazione base sulla sicurezza sul lavoro**:

Formazione base parte generale (4 ore): nel 2024 i collaboratori che hanno svolto il corso base parte generale sono stati 1.280.

Formazione base parte specifica rischio basso (4 ore) e **rischio alto** (12 ore): L'Azienda ha offerto 7 tipologie di corsi specifici in base alla tipologia di mansione dei collaboratori e ai rischi a cui sono esposti: area clinico-sanitaria, area dei servizi assistenziali, area tecnica, area economale, area cucina e mensa, area amministrativa e, infine, un corso dedicato ai collaboratori indentificati come "radioesposti". I collaboratori che risultano formati nel 2024 al corso base parte specifica sono 1.347.

Formazione di aggiornamento (6 ore): l'Azienda ha offerto 6 tipologie di corsi di aggiornamento: area clinico-sanitaria, area dei servizi assistenziali, area tecnica, area economale, area cucina e mensa e area amministrativa. I collaboratori che risultano formati nel 2024 al corso di aggiornamento sono 3.788.

L'Azienda Sanitaria ha inoltre organizzato corsi in presenza per la **formazione e aggiornamento dei dirigenti e preposti**:

- Formazione aggiuntiva per preposti (8 ore): nel 2024 non sono stati organizzati corsi per la formazione dei preposti.
- Formazione aggiornamento sicurezza sul lavoro per preposti (6 ore): nell'autunno del 2024 sono state organizzate 5 edizioni con circa 30 partecipanti cadauno.
- Formazione sicurezza sul lavoro per dirigenti (16 ore): nel corso del 2024 sono state organizzate 7 edizioni con circa 30 partecipanti cadauno.
- Formazione aggiornamento sicurezza sul lavoro per dirigenti (6 ore): nell'autunno del 2024 sono state organizzate 5 edizioni con circa 30 partecipanti cadauno.

Inoltre, l'Azienda Sanitaria ha offerto il **corso riguardante il GDPR** (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati). Nel 2024 i collaboratori che hanno svolto questo corso sono stati 6.524.

Relazione customer satisfaction utenti della mensa

Il servizio di ristorazione del Comprensorio di Bolzano è certificato in base alla norma ISO9001-2015. Nell'ambito di questa normativa l'Istruzione Operativa (IO) 08 - "Rilevazione qualità percepita dagli utenti della mensa" prevede che ogni anno venga rilevata la soddisfazione degli utenti della mensa dell'Ospedale di Bolzano.

Pertanto, nel periodo 03.12.2024 - 20.12.2024 è stata effettuata la prevista rilevazione della *customer satisfaction* per l'anno 2024.

Tale rilevazione coinvolge tutti i dipendenti del Comprensorio di Bolzano che sono invitati a rispondere al questionario¹ *online* (programma "forms") per esprimere il grado di soddisfazione rispetto al servizio offerto.

Alla data di restituzione dei questionari compilati (20 dicembre 2024) ne risultavano pervenuti **629** a fronte di una media giornaliera di circa **850** accessi alla mensa, pari a circa il **74%** di coloro che giornalmente usufruiscono del servizio.

Per il 2024 alla domanda riguardante l'iniziativa del "**Green Days**" si è rilevato che gli indici di gradimento percentuali sono peggiorati rispetto all'anno 2023.

In particolare, il livello di apprezzamento - che poteva essere espresso in base ad una scala Buono, Accettabile, Scadente - relativo ai 3 item indagati è risultato il seguente:

VALUTAZIONE = BUONO

¹ Il questionario non viene inviato agli studenti della Scuola Superiore Provinciale di Sanità Claudiana (di seguito Claudiana).

ITEM	2024	2023
quantità delle pietanze	50,4% dei collaboratori	53%
Varietà delle pietanze	21,3% dei collaboratori	26,4% ,
gusto delle pietanze	29,4% dei collaboratori	29,2% .

Gli sforzi della cucina di rendere più attraente questo tipo di offerta vengono in parte premiati dal leggero aumento del gradimento per quanto riguarda il gusto, sebbene, sia ancora molto evidente la valutazione "scadente".

Permane una scarsa accettazione del Green Days, poiché gli intervistati continuano a percepire la giornata vegana come un'imposizione; dai commenti emerge la richiesta di un'alternativa almeno vegetariana e la richiesta di maggiore varietà di scelta.

È da segnalare che, negli altri items, sono molte le percentuali al di sopra degli standards qualitativi previsti² nell'istruzione operativa IO 08 – "qualità percepita dagli utenti della mensa".

Salvo quanto emerso relativamente all'offerta del Green Days, i dati confermano, un generale apprezzamento da parte degli utenti del servizio anche con particolare riferimento alla professionalità degli addetti della mensa.

Considerata l'età della struttura, la mensa appare sottodimensionata rispetto ai nuovi fabbisogni, infatti, un dato che permane critico resta quello della rumorosità, percepito dal 40% degli utenti come scadente nel 2023 con incremento al 45,9% nel 2024.

Molte le lamentele riguardanti le lunghe file e quindi i tempi di attesa. La situazione è, infatti, peggiorata in quanto agli studenti della Claudiana si sono aggiunti gli studenti della nuova Facoltà di Medicina.

A questo proposito è da evidenziare, che è in fase di progettazione e realizzazione la nuova mensa ospedaliera che verrà costruita nella "nuova clinica"; anche per questo motivo si tenta, ove possibile, di limitare gli investimenti riservandoli alle opere strettamente necessarie.

² Nell'istruzione operativa 08 sono riportati gli standards qualitativi che devono essere confrontati con i dati della qualità percepita dagli utenti della mensa rilevati annualmente.

7 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, il benessere lavorativo e il contrasto alle discriminazioni

La relazione sulla condizione del personale è un adempimento del Comitato Unico di Garanzia (CUG) previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei ministri del 4 marzo 2011 così come integrata dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 2/2019.

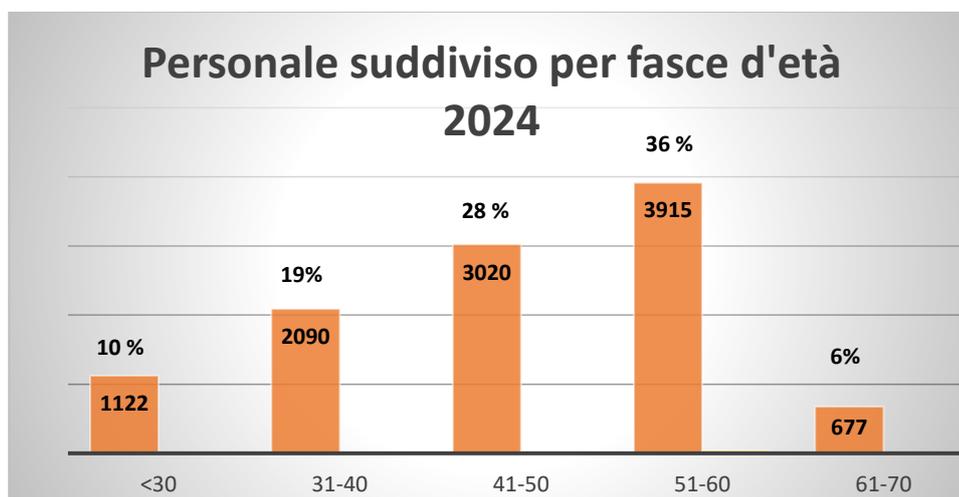
7.1 Analisi dei dati sul personale e monitoraggio

In Azienda predomina fortemente la presenza femminile: ben il 76% dei dipendenti è di genere femminile mentre il 24% è di genere maschile.

In valore assoluto il personale di genere femminile risulta pari a 8.189 unità mentre quello di genere maschile risulta pari a 2.635 unità.



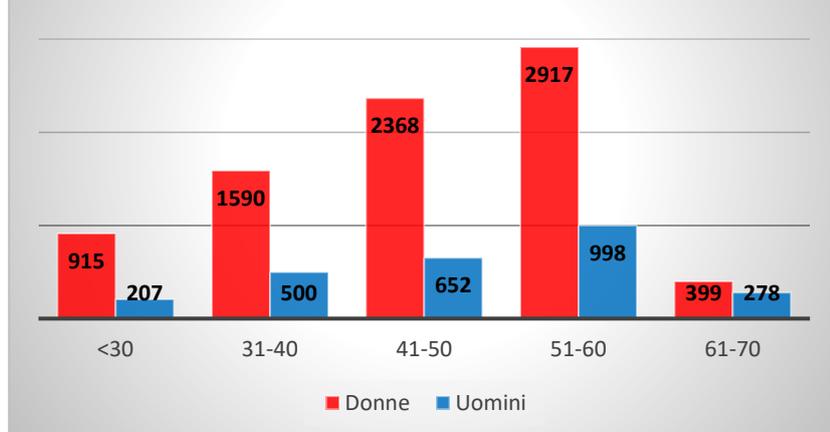
Rappresentazione degli occupati per fasce d'età 2024



L'età delle/dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria continua mediamente a salire: al 31.12.2024 il personale oltre 50 anni si attesta al 42% (pari a complessive 4.592 unità).

Dal 2007 ad oggi quindi vi è stato un incremento del 26% che sta ad indicare una netta tendenza di progressivo invecchiamento del personale.

Personale suddiviso per età e genere 2024



Tipo di presenza: tempo pieno e forme di part-time

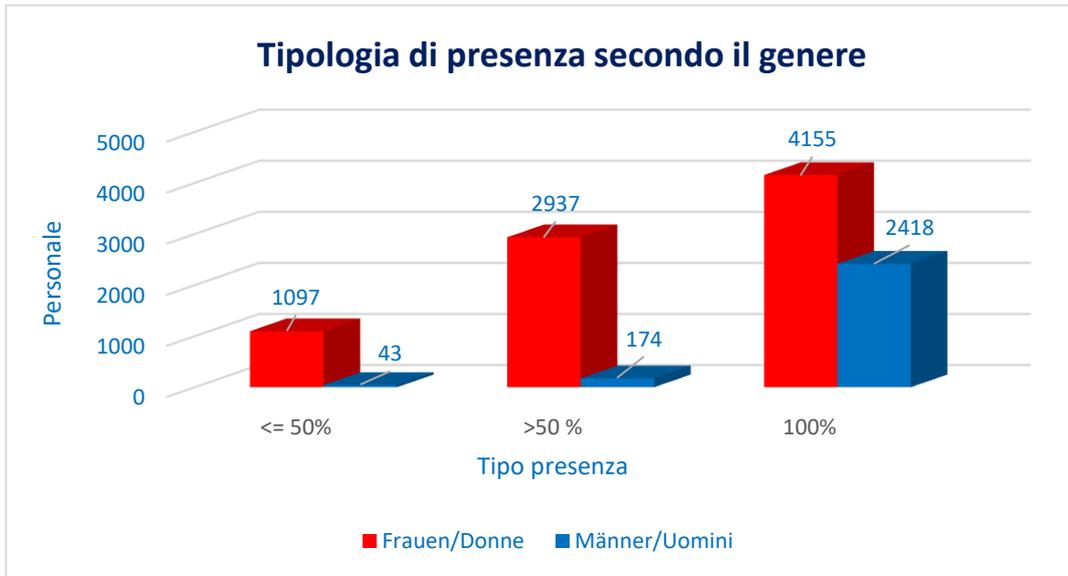
Tipo di presenza	Nr. dipendenti
Part-time <=50%	1.140
Part-time >50%	3.111
Tempo pieno	6.573
Totale	10.824



Come si evince dal grafico soprastante il personale a tempo pieno rappresenta il 61% del totale, mentre il 10% usufruisce di un contratto part-time <=50% ed il 29% lavora con un contratto part time >50%. Il numero complessivo di dipendenti che usufruisce di un contratto part-time è di 4.251 unità su un totale di 10.824 dipendenti.

Tipologia di lavoro full e part-time secondo genere

Tipo di Presenza	Donne	Uomini	Totale
Part-time <= 50%	1.097	43	1.140
Part-time >50%	2.937	174	3.111
Tempo pieno	4.155	2.418	6.573
Totale	8.189	2.635	10.824



Come sopra esplicitato il 61% delle/dei dipendenti lavora a tempo pieno; secondo l'analisi di genere ca. il 92% dei maschi (in cifre: 2.418) lavora a tempo pieno contro ca. il 51% delle femmine (in cifre: 4.155).

Si può notare che vi è un notevole sbilanciamento di genere nell'utilizzo di tale istituto, usufruito da parte del genere femminile in ca. il 95% dei casi (vedasi prime due colonne dell'istogramma soprastante indicanti le presenze part time).

Misure di conciliazione

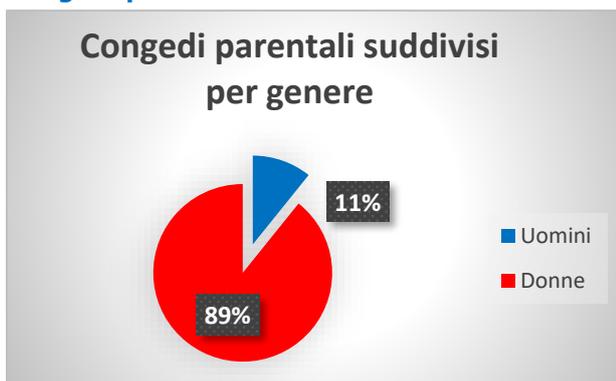
TIPO MISURA CONCILIAZIONE	DONNE	UOMINI	TOTALE
Personale Part-time	4.034	217	4.251
Personale che fruisce di lavoro agile	178	71	249
Personale che fruisce del telelavoro	8	2	10
Totale	4.220	290	4.510

I dati riguardanti le misure di conciliazione emerge che, complessivamente, questi istituti vengono fruiti da ca. il 42% del personale.

Riguardo alla suddivisione di genere il dato risulta essere sovrapponibile a quello del part-time essendo usufruito per ca. il 94% dal personale di genere femminile.

Le elaborazioni seguenti fanno riferimento a dati aggiornati al 31.10.2024:

Congedi parentali



I congedi parentali vengono usufruiti prevalentemente dalle donne (89%) come indica chiaramente il grafico a fianco.

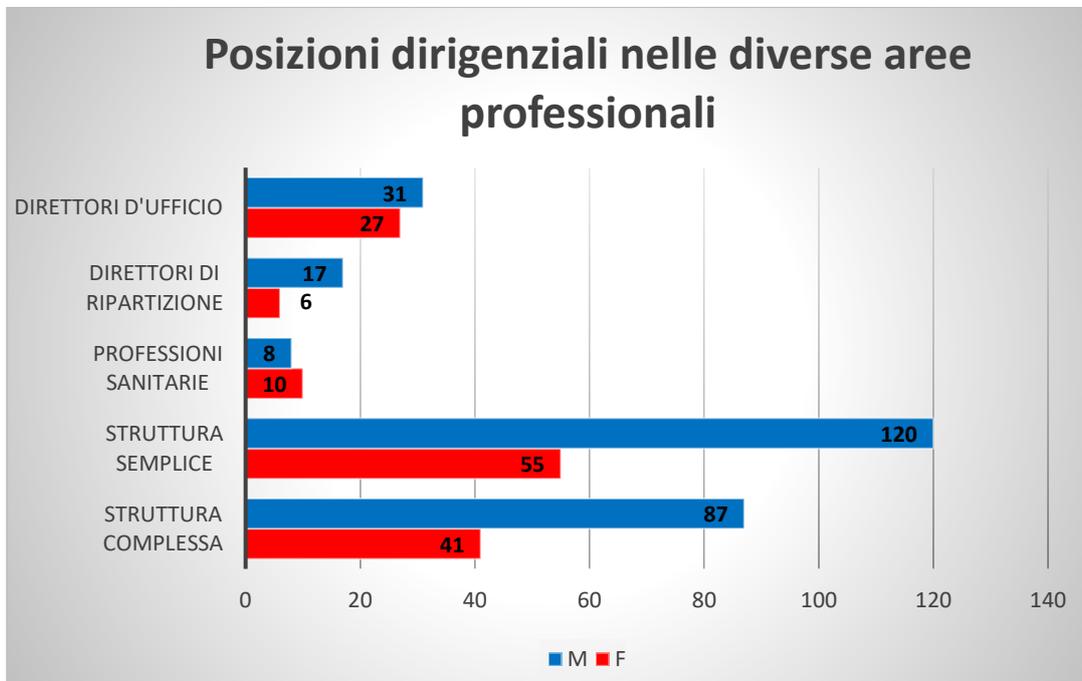
Dati sulla parità di genere a livello dirigenziale



Osservando il grafico si evince che la consistenza, per genere, del personale nel suo complesso vede la presenza di un 76% di femmine e un 24% di maschi (grafico sulla situazione del personale); se osserviamo il dato relativo alle posizioni dirigenziali (grafico in alto) possiamo rilevare che sono solamente il 35% le femmine che ricoprono tali ruoli mentre i maschi sono il 65%.

Questa sproporzione evidenzia l'esistenza di una notevole disparità di genere nelle posizioni dirigenziali.

Per i dettagli vedasi grafico sottostante:



7.2 Azioni positive e progetti

Documenti di programmazione, analisi e verifica

- Piano triennale delle azioni positive 2024-2026 previsto dal D.Lgs. 198/2006 (cd. Codice per le pari opportunità) in collaborazione con le Ripartizioni amministrazione e sviluppo del personale; aree di intervento:
 - Monitoraggio e analisi della situazione del personale in azienda
 - Promozione della conciliazione tra vita privata e lavoro
 - Leadership al femminile -Sostegno e accompagnamento nei processi di sviluppo e cambiamento
 - Sviluppo di politiche di prevenzione e di contrasto del disagio, dei conflitti, delle discriminazioni e violenze sul luogo di lavoro
 - Promozione del benessere organizzativo e della qualità della vita lavorativa
 - Collaborazione tra il CUG e l'Amministrazione
 - Pari opportunità e inclusione
- Gender Equality Plan (GEP) in attuazione delle disposizioni dell'Unione Europea, in collaborazione con le Ripartizioni risorse umane, la Consigliera di fiducia dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, il Servizio di prevenzione e protezione e il Servizio innovazione, ricerca e insegnamento (IRTS);
- Aggiornamento del PIAO „Piano Integrato di Amministrazione e di Organizzazione” ai sensi del D.P.R. n. 81/2022, nella sezione Piano di Azioni Positive tendenti a ridurre il cosiddetto gender gap.
- Predisposizione della relazione annuale sulla situazione del personale, ai sensi della Direttiva ministeriale n. 2/2019.

Piano d'azione "Posto di lavoro sicuro" per la prevenzione e la gestione degli atti di violenza sul personale sanitario

- Collaborazione nell'aggiornamento continuo della procedura aziendale 2298/20 sulla prevenzione e gestione delle aggressioni al personale sanitario
- Collaborazione nei gruppi di lavoro aziendale e comprensoriali nell'analisi degli eventi di aggressione e nella ricerca di misure di prevenzione anche contesto specifiche.

Azioni di contrasto alle molestie, discriminazioni e mobbing

- Collaborazione con il Servizio Medicina del lavoro nella sistematizzazione nelle modalità di intervento nella gestione dei casi e nella gestione complessiva di tali fenomeni e delle conseguenti iniziative e azioni
- Elaborazione del regolamento operativo della Rete Benessere dell'Azienda proposto dal CUG e condivisione con i servizi coinvolti.

Studio su "Benessere organizzativo e salute "

- Presentazione al consiglio gestionale del report finale dello studio (biennale) a cura del Comitato Unico di Garanzia "Benessere organizzativo e salute" condotto dal prof. Francesco Avallone dell'Università Unitelma Sapienza di Roma data 06.02.2023.

L'obiettivo generale del lavoro effettuato, riportato nel report, era quello di ricostruire un'esperienza al fine di individuare possibili elementi di promozione della salute, di sviluppo organizzativo e di benessere sul luogo di lavoro.

I partecipanti ai focus group hanno manifestato gradimento per la possibilità di ritrovarsi insieme, di mettere a confronto esperienze e difficoltà incontrate nell'auspicio che questa modalità, fondata sull'ascolto e sul confronto, possa trovare ulteriori occasioni di analisi e approfondimento. Le persone che si impegnano professionalmente chiedono di essere ascoltate, rispettate, riconosciute, coinvolte, valutate, premiate e di avere la possibilità di presentare nuove idee e progetti.

Le persone intervistate hanno dato prova di attaccamento al lavoro, responsabilità professionale, disponibilità e interesse per l'impegno in progetti futuri, anche trovandosi in condizioni di accentuato stress lavorativo. Solo due strumenti possono rendere tollerabile lo stress: il controllo del lavoratore sulle proprie mansioni e il supporto sociale da parte di colleghi, superiori e dell'organizzazione nel suo insieme.

7.3 Pubblicazioni e pubbliche relazioni

Calendario 2025

- Ricerca della tematica per il calendario 2024, organizzazione e supervisione del processo.
- La scelta è ricaduta sulla tematica della "Gentilezza" in tutte le sue dimensioni.

Website, pubblicazioni e relazioni

- Pubblicazioni sulla homepage mysabes e sulla newsletter aziendale, aggiornamento regolare del sito web.
- Presentazioni e relazioni in convegni e iniziative varie.

8 Comunicazione esterna e interna

Nel 2024, la Ripartizione Comunicazione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige ha consolidato e ampliato il proprio ruolo strategico, coordinando sia la comunicazione esterna, che quella interna, offrendo il proprio supporto alla Direzione generale, alle strutture sanitarie ed amministrative dell'Azienda ed alla cittadinanza. Le attività si sono articolate in più ambiti:

Comunicazione esterna e relazioni con i media

Sono stati gestiti numerosi **comunicati e conferenze stampa**, anche in occasione della presentazione di nuovi dirigenti, o visite ai cantieri. È stato facilitato il contatto tra giornalisti ed esperti aziendali per interviste e approfondimenti. Ogni evento è stato documentato con testi, immagini e video, pubblicati sul sito ed inviati ai media.

Congressi, convegni e simposi - La Ripartizione ha curato il lavoro con la stampa in occasione dei numerosi eventi organizzati da reparti e servizi dell'Azienda sanitaria, ai quali hanno preso parte esperti di fama nazionale e internazionale.

La **rivista aziendale "one"** ha pubblicato nel 2024 quattro edizioni regolari e uno speciale con storie significative della rubrica "Crocevia – Toccanti storie di pazienti". Ogni racconto è stato pubblicato sul sito web dell'Azienda sanitaria e diffuso ai mass-media, che ne hanno dato ampio risalto. Ogni numero è stato stampato e distribuito capillarmente, oltre che reso disponibile online. Le storie, con funzione informativa ed empatica, hanno valorizzato il personale sanitario e ricevuto ampi consensi.

La Ripartizione ha inoltre curato la comunicazione dei progetti del **PNRR**, in particolare per il **Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0**, realizzando contenuti per i media, social e sito, e supportando la formazione del personale.

Campagne informative e di sensibilizzazione

Sono state realizzate delle campagne sui seguenti temi di sanità pubblica:

- **Screening HIV:** con eventi itineranti e test gratuiti, in collaborazione con associazioni e con una campagna social.
- **Vaccinazioni influenza e Covid:** nuova grafica e slogan, ampia diffusione su media, social, affissioni e treni.
- **Campagna di informazione sul farmaco contro il virus sinciziale:** pagina web dedicata, materiali cartacei e video informativi rivolti ai genitori.
- **Campagna Sanibook:** campagna per incentivare l'uso della piattaforma alternativa al CUPP.
- **Rispetto e Gentilezza:** messaggi visivi per promuovere il rispetto verso gli operatori sanitari.
- **"Se dico pane, a cosa pensi?"** con l'obiettivo di indagare sulle abitudini degli altoatesini rispetto al consumo di pane, fornire informazioni a livello nutrizionale.
- **Meno sale e più iodio** sull'uso del sale iodato e sulla corretta nutrizione.
- **Vaccinazioni contro le zecche:** promozione di due open days ad accesso gratuito.

Comunicazione online

La **Homepage www.asdaa.it** è stata aggiornata con il nuovo software "Kontent.ai" ed arricchita con nuove sezioni su vaccini, area collaboratori, FAQ.

L'attività sui **social media** ha avuto un forte incremento: su Facebook l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige ha 14.138 follower, su X 1.623 e su Instagram 2.106. Inoltre, sono stati pubblicati regolarmente su LinkedIn numerosi "post" con 15.000 follower. Le visualizzazioni dei profili e le interazioni sono aumentate sensibilmente. **YouTube e video tematici**: i contenuti multimediali, comprese le dirette streaming e i video su YouTube, hanno ampliato la portata delle informazioni.

Comunicazione interna

La Ripartizione ha redatto e diffuso numerose **circolari**, specie in occasione di eventi critici (commissariamento, nomine dirigenziali), contribuendo a un'informazione tempestiva ed ordinata. Sono proseguite le attività di revisione linguistica e uniformazione grafica.

La **rassegna stampa quotidiana** viene regolarmente sintetizzata e condivisa con la Direzione, supportando eventuali prese di posizione in caso di articoli critici.

La **newsletter interna**, rinnovata nella grafica, ha mantenuto una cadenza mensile.

Un contributo significativo è stato offerto al percorso di accreditamento con "**Accreditation Canada**": attraverso iniziative di informazione e sensibilizzazione, supporto volti a rafforzare la consapevolezza e l'adesione agli standard richiesti. Si è giunti poi all'ottenimento del livello "Platino".

Traduzione e correzione testi

La Ripartizione ha frequentemente svolto attività di traduzione e revisione testi, occupandosi dell'adattamento linguistico e della correzione di numerosi contenuti destinati a diversi tipi di pubblicazioni.

Stampa e distribuzione di opuscoli e materiale informativo

La Ripartizione ha curato traduzioni e correzioni testi per numerosi materiali: libretti per gestanti e bambini, volantini, locandine, presentazioni.

Eventi e manifestazioni

Tra gli eventi seguiti:

- **Forum Salute Alto Adige**: 4 serate informative, anche in streaming.
- **Fiera della Salute**: con 7 stand tematici, ampio coinvolgimento di personale e visitatori.
- **Summer School, Own Your Future, "Una settimana da professionisti" con le scuole**: orientamento per giovani studenti.
- **Convegno sulla disabilità, Ospedale dei Teddy Bear**, eventi di pensionamento e celebrazioni interne.

Ogni iniziativa è stata supportata da testi di benvenuto, grafiche dedicate, materiali promozionali e copertura sui media.

Relazioni con il pubblico e Gestione segnalazioni

Gli URP hanno gestito 2.821 segnalazioni (2.385 reclami, 136 richieste complesse, 300 elogi). Le principali motivazioni delle segnalazioni riguardano:

1. contestazioni sul tariffario/pagamento ticket – 920 segnalazioni (30,7% del totale)
2. carenze organizzative – 228 segnalazioni (9,5%)
3. carenza assistenziale del personale medico – 205 segnalazioni (8,6%)

Nell'autunno 2024 è stato condotto un sondaggio sulla soddisfazione dei pazienti ricoverati, coinvolgendo circa 16.000 persone. I risultati sono attesi nel 2025.

Ulteriori collaborazioni

La Ripartizione ha contribuito all'aggiornamento normativo del Codice degli obblighi di servizio e di comportamento del personale, che è stato aggiornato alle modifiche introdotte dalla nuova normativa, in particolare dal DPR 62/2013 come modificato nel 2023.

Il codice è stato rivisto ed aggiornato dalla Ripartizione Personale, in collaborazione con il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, sentito il parere favorevole del responsabile della Ripartizione Comunicazione e del responsabile delle Relazioni con i sindacati.

La Ripartizione ha collaborato anche con l'Ufficio Affari generali sulla proposta di regolamento per la disciplina dei contratti di sponsorizzazione.

9 Migliorare la salute e qualificare il governo clinico (Qualità, appropriatezza e risk management)

Nell'ambito della riqualificazione del governo clinico si prevede soprattutto la prosecuzione nell'implementazione graduale del Piano sanitario provinciale nel settore clinico-assistenziale.

L'unità organizzativa per il governo clinico si avvale di strumenti gestionali qualitativi, sistemici utilizzando (anche) la metodologia del PDCA per la gestione della qualità, con lo scopo di garantire e migliorare costantemente l'assistenza fornita agli utenti.

Le attività che compongono il processo "Misurazioni, Analisi e Miglioramento" possono essere suddivise in:

- attività di monitoraggio e raccolta dati attraverso:
 - la rilevazione della soddisfazione del Cliente;
 - gli esiti di audit;
 - il controllo e monitoraggio degli obiettivi, dei processi e dei prodotti/servizi;
 - la gestione delle non conformità;
 - la gestione degli eventi indesiderati/avversi;
 - la segnalazione di disservizi e reclami;
 - le richieste di risarcimento;
 - la rilevazione degli indicatori;
- attività di analisi dei dati: elaborando periodicamente i dati raccolti è possibile individuare le criticità e formulare nuove proposte di miglioramento;
- attività di miglioramento attraverso:
 - azioni correttive;
 - azioni preventive;
 - azioni di miglioramento;
 - definizione di piani di miglioramento (obiettivi/piani di qualità).

Il sistema gestione della qualità prevede pertanto la pianificazione e l'esecuzione di momenti di verifica/audit sia interni che esterni. Lo scopo degli audit è quello di far emergere criticità al fine di apporre continui miglioramenti al sistema. L'attività di verifica è coordinata e collaborativa, chi valuta mette a disposizione del valutato le proprie capacità tecniche, relazionali e la propria esperienza.

La programmazione degli audit interni di sistema è di competenza dell'Unità organizzativa per il governo clinico e viene validata dalla direzione aziendale. È stata programmata e realizzata la formazione specifica per auditor interni (ai sensi della ISO 19011) offrendo ad un pool multiprofessionale di 23 collaboratori il medesimo standard/know how informativo.

In data 11/04/2023 è stato validato e rilasciato dalla Direzione aziendale il programma di audit interni (di sistema) 2023-2025.

Nell'ambito del programma interno di compliance all'igiene delle mani - in ottemperanza alle Linee guida OMS ed alla Procedura interna az. "Igiene delle mani" (ID2351/22) - nel corso dell'anno sono state svolte n. 21 Osservazioni presso i nosocomi (18) così come sul territorio (3). Nel corso del 2024 sono stati effettuati, pertanto, complessivamente 28 audit interni fra sistema (7) e osservazioni di igiene delle mani (21). L'Unità organizzativa per il governo clinico ha supportato il Servizio igiene ospedaliera nell'implementazione del nuovo modulo informatizzato dedicato all'attività di audit e nello sviluppo degli strumenti a supporto dell'attività. Ulteriori audit di prima, seconda e terza parte sono stati eseguiti nel corso del 2024 in ASDAA.

Con delibera aziendale del 27/10/2020 n. 663, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha aggiudicato alla società di Accreditation Canada (AC) la procedura negoziata per il processo di accreditamento internazionale all'eccellenza a sostegno ed ampliamento del sistema di gestione della qualità a livello aziendale.

Il programma di accreditamento all'eccellenza coinvolge l'intera Azienda Sanitaria dell'Alto Adige con l'obiettivo di implementare elevati standard di qualità per la promozione della sicurezza del paziente e del personale.

Dal 27 maggio al 7 giugno 2024 è stato effettuato un audit esterno. Sono stati effettuati 151 audit da parte di 10 auditor esterni. È stata valutata l'implementazione di 29 standard, 37 processi prioritari e 2858 criteri.

A luglio 2024, a seguito della visita di valutazione effettuata, AC ha inviato il report finale e la lettera di decisione.

Il Comitato per il Conferimento dell'Accreditamento ha riconosciuto all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige il livello di Accreditamento - Platino nell'ambito del programma di accreditamento Qmentum.

Con "Procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando per l'affidamento del servizio di riaccreditamento secondo lo standard Qmentum international per il periodo 2025-2027 per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige" è stato stipulato un contratto con Accreditation Canada.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si impegna per un ulteriore ciclo di accreditamento triennale 2024-2027, con misure di miglioramento che vengono continuamente adottate dai reparti/servizi coinvolti.

Clinical Riskmanagement: Il sistema di riferimento per la Gestione del Rischio in Sanità Phoenix 5.0 si compone di un insieme di requisiti organizzativi, strutturali e gestionali che, se correttamente applicati, consentono alle strutture di erogare cure più sicure.

Nel sistema i criteri sono organizzati in percorsi a complessità incrementale, in modo da poter essere adottati con gradualità e adattarsi alle diverse realtà delle strutture della sanità.

Il sistema si articola in tre criteri di requisiti, con un approfondimento progressivo ed incrementale: ciascun criterio superiore comprende, oltre ai propri requisiti, anche tutti quelli dei precedenti.

Ottenuta la conformità ai primi tre criteri è possibile accedere a una serie di requisiti specialistici, relativi a singole Unità operative/Servizi/Organizzazioni.

Mantenuti i requisiti del criterio base per l'intera Azienda Sanitaria; raggiunto il primo livello per gli ospedali di Bolzano e Merano; raggiunto il secondo livello per gli ospedali di Silandro, Bressanone, Vipiteno e Brunico. L'Azienda è stata sottoposta a audit di terza parte nella settimana dal 14 al 18 ottobre 2024 – con cerimonia di consegna del certificato avvenuta il 7 novembre 2024.

Riconfermata da parte della Direzione Strategica l'accesso ad un secondo ciclo di accreditamento con il sistema Phoenix 5.0. per il 2025 mirando alla risoluzione delle non conformità riscontrate, e di raggiungere il secondo livello per tutta l'Azienda Sanitaria, mentre per singole discipline si ambisce a raggiungere l'accREDITamento di "eccellenza".

I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) sono uno strumento di gestione clinica per la definizione del migliore processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili sull'argomento, adattate al contesto locale, tenute presenti le risorse disponibili. A giugno 2024 è stato rilasciato il "Manuale costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali" (ID 7943/24), quale guida operativa per tutti i collaboratori nelle fasi di progettazione, attuazione e monitoraggio dei percorsi. Tale documento fornisce indicazioni in merito al metodo e ai requisiti minimi di elaborazione, ai ruoli coinvolti e alle responsabilità, agli strumenti utili da utilizzare.

Nel periodo di riferimento sono stati affrontati, tra gli altri, i seguenti temi con la collaborazione di esperti delle diverse aree: Il percorso per donne vittime di violenza "Erika", Percorso per i minori vittime di violenza e/o incuria „PRO-CHILD", Stroke, Politrauma, Sclerosi multipla, Parkinson, Sclerosi laterale amiotrofica (SLA), STEN (sistema di trasporto in emergenza neonatale), Infarto miocardico Acuto (IMA), Percorsi per le gravidanze a medio ed alto rischio, Protocollo aziendale per la diagnosi e il trattamento generale della disfagia in età adulta.

Allegato

"Relazione agli obiettivi da Programma operativo annuale 2024"