

## **Relazione sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni della Azienda Sanitaria dell'Alto Adige**

*Aprile 2025*

Con deliberazione n. 140 del 14 febbraio 2023 è stato costituito l'Organismo Indipendente di Valutazione della Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per la durata triennale prevista dalla normativa, con la seguente composizione:

- Dr. Siegfried GATSCHER, componente;
- Dr. Ulrich WIENAND, componente.

Nel contesto attuativo del decreto legislativo n. 150/2009, l'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (OIV) ha iniziato nel novembre 2023 a svolgere le proprie funzioni di promozione, garanzia e verifica dell'applicazione e del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni, assegnategli dalla normativa.

Come definito dalla stessa normativa di riferimento (D.Lgs. n 150/2009), l'Azienda Sanitaria è tenuta a misurare e a valutare la propria performance con riferimento all'amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità in cui si articola e ai singoli dipendenti.

Al fine di condividere con l'Azienda un indirizzo metodologico comune, l'OIV, dopo attento esame della normativa vigente, ha concordato con l'Azienda i seguenti step logici e cronologici di sinergia nel ciclo di performance:

- Definizione del Piano della Performance, ora parte del Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO), sul quale l'OIV esprime un parere come previsto dal Dipartimento Funzione Pubblica nel Decreto del 30.6.2022,
- Parere vincolante dell'OIV sul Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (seguendo la Linea Guida n.2 del DFP),
- Misurazione e valutazione della performance in continuo,
- Redazione della Relazione sulla Performance che, in coerenza con quanto indicato nelle linee guida del Dipartimento della Funzione Pubblica (Linea Guida n.3), dovrà essere redatta possibilmente entro il 30 giugno, e successivamente validata dall'OIV,
- Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del sistema, per la quale la Delibera 23/2013 dell'ex-Civit costituisce documento di indirizzo.

### **A. Performance dell'organizzazione**

#### Piano Performance 2025-2027, ora integrato nel PIAO

L'Azienda Sanitaria sviluppa il proprio ciclo della gestione della performance definendo nel PIAO gli obiettivi strategici per il triennio, demandando al Programma operativo annuale (POA) la misurazione e la valutazione della performance per il primo anno del periodo triennale contemplato.

Oltre alle disposizioni previste dall'art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito dalla Legge 6 agosto 2021, n. 113, che introducono e disciplinano il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), le procedure che disciplinano la predisposizione dei documenti di pianificazione e programmazione sono definite nella deliberazione del Direttore generale n. 294/2021 "Approvazione del Modello di Programmazione, Gestione e Controllo". Esso ha la finalità di disciplinare le attività finalizzate a definire la predisposizione dei documenti necessari alla Pianificazione Aziendale (Programmazione Annuale e Triennale).

Il PIAO 2025 – 2027 dell’Azienda Sanitaria è stato approvato con delibera del Direttore generale n. 1419 del 30.12.2024. La sua predisposizione è stata coordinata dalla Direzione Aziendale, con la collaborazione dei servizi impegnati nella redazione dei documenti di programmazione.

Il POA 2025, allegato 2.2.1 al PIAO, è stato approvato con delibera del Direttore generale n. 1244 del 26.11.2024. Esso prevede 45 obiettivi; per ciascuno di essi, oltre alla descrizione dell’obiettivo, sono indicati anche i relativi indicatori, i criteri di misurazione e le unità operative coinvolte. Per ogni singolo obiettivo elencato nel POA è indicato quello strategico cui esso fa riferimento, permettendo così una declinazione dal livello più strategico a quelli più dettagliati. Per ogni obiettivo è altresì indicato il referente ed un tutor appartenente alla Direzione Aziendale.

L’OIV rileva, nel proprio parere del 14.1.2025, che molti obiettivi del POA sono di tipo qualitativo (si/no); per la maggior parte sono obiettivi di processo e non esito/risultato, gli indicatori del raggiungimento a volte sono la semplice presenza/assenza di un documento scritto.

Per quanto concerne la performance clinica, nel PIAO sono riportati aspetti di eccellenza ed aspetti di criticità rispetto al resto dell’Italia; gli obiettivi dettagliati nell’allegato 2.2.1 riprendono in parte le criticità del cap. 2.2., fanno però riferimento ad un diverso set di indicatori (MES, non PNE). Una omogeneità fra dato consuntivo e progettualità è ritenuta auspicabile.

La sezione “Rischi Corruttivi e Trasparenza” riprende i PTPC degli anni precedenti. Essa risulta coerente con gli obiettivi e la strategia di performance della Asl e segue correttamente le indicazioni ANAC in merito.

***Complessivamente, l’OIV esprime un parere di conformità del PIAO con i requisiti formulati dal Dipartimento della Pubblica Amministrazione e dall’ANAC. L’OIV, inoltre ritiene la sezione sulla Trasparenza e Prevenzione della Corruzione sia coerente con il Piano della Performance.***

### Relazione sulla Performance 2023

La Relazione sulla Performance dell’Azienda Sanitaria illustra il raggiungimento degli obiettivi fissati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), che al suo interno prevede anche il Programma operativo annuale (POA).

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 POA, nonché nel PIAO.

Come previsto dalla deliberazione del Direttore generale n. 294/2021 “Approvazione del “Modello di Programmazione, Gestione e Controllo”, in seguito alla chiusura dell’esercizio ed entro il 31 marzo dell’anno successivo al periodo di riferimento, la ripartizione Controlling richiede ai referenti degli obiettivi indicati nel POA una relazione dettagliata sul grado di raggiungimento degli stessi. La relazione deve contenere la descrizione dei risultati raggiunti oltre ad una proposta di valutazione del grado di raggiungimento dell’obiettivo. Al ricevimento delle relazioni finali, la ripartizione Controlling verifica la completezza delle stesse e la coerenza dei dati indicati sulla base delle informazioni disponibili richiedendo, se del caso, eventuali chiarimenti o integrazioni.

La Relazione sulla Performance 2023 dell’Azienda Sanitaria è stata approvata con deliberazione del Direttore generale n. 578/2024 e integrata con deliberazione del Direttore generale n. 705/2024. La Relazione sulla performance è pubblicata sul sito dell’Azienda Sanitaria ([www.asdaa.it](http://www.asdaa.it)) nella sezione “Amministrazione trasparente”, sottosezione “Performance/Relazione sulla Performance”, dal quale può altresì essere scaricata.

L’adozione della Relazione sulla Performance anno 2023 conclude il ciclo della performance dell’Azienda Sanitaria 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.

L'OIV, validando la relazione, ha espresso le proprie considerazioni tramite il "Documento di validazione della Relazione sulla performance Azienda Sanitaria Alto Adige – anno 2023" del 3.7.24.

L'OIV ha espresso le seguenti raccomandazioni:

- sviluppare e redigere un Sistema di Misurazione e Valutazione della performance, come previsto dagli artt. 7 – 8 – 9 del D.Lgs. 150/2009, che integri la performance organizzativa con quella individuale;
- rafforzare la misurabilità degli obiettivi e del loro raggiungimento.

***Riassumendo, l'OIV esprime un giudizio positivo sulla misurazione in corso d'anno e sulla valutazione finale dei risultati.***

## **B. Performance individuale**

La misurazione e la valutazione della performance sono volte, oltre al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle Amministrazioni Pubbliche, anche alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

La gestione degli obiettivi per i responsabili di unità operativa e per i singoli collaboratori, ha anche l'obiettivo di rendere capillare la diffusione degli obiettivi all'interno della struttura aziendale e facilitare l'impegno verso il loro raggiungimento.

In ottemperanza a quanto disposto dai vigenti contratti di lavoro, collettivi e aziendali, che prevedono allo scopo un sistema premiante, con tutti i dirigenti sanitari e amministrativi si negoziano obiettivi annuali. In ambito tecnico assistenziale questo è previsto fino al livello dei coordinatori e delle posizioni organizzative e in ambito amministrativo fino ai direttori d'ufficio e posizioni organizzative.

Gli obiettivi previsti dal POA si traducono in obiettivi di unità operativa e di singolo collaboratore attraverso le negoziazioni degli obiettivi annuali con i relativi responsabili, che definiscono in modo dettagliato i relativi indicatori e target.

La procedura da seguire per la gestione degli obiettivi di unità operativa e dei singoli collaboratori è specificata nella deliberazione del Direttore generale n. 1091/2023 "Approvazione della Procedura per la declinazione della BSC dell'Azienda Sanitaria ai singoli servizi e per la gestione degli obiettivi delle unità operative dell'Azienda Sanitaria, incluso il sistema premiante".

### Fase di assegnazione degli obiettivi

Per ogni responsabile di unità operativa e per ogni collaboratore dirigente viene predisposta sulla base del POA una scheda di obiettivi annuali (cd. "scheda budget") con gli obiettivi da perseguire. Per ognuno degli obiettivi previsti nella scheda è indicato il risultato atteso, i criteri di valutazione, il referente aziendale oltre al peso assegnato. Nella scheda degli obiettivi possono essere considerati anche obiettivi proposti dalle stesse unità operative o dai singoli collaboratori. La scheda degli obiettivi viene firmata dal responsabile dell'unità operativa o dal collaboratore e dal suo diretto superiore al termine della negoziazione. La scheda firmata viene archiviata nel fascicolo elettronico del dipendente.

La fase di negoziazione degli obiettivi 2024 dei responsabili medici e dei coordinatori tecnico-assistenziali delle 129 unità operative ha avuto luogo nei quattro comprensori dell'Azienda tra il 9 aprile e il 15 maggio 2024. Nelle settimane a seguire ogni responsabile di unità operativa ha a sua volta negoziato gli obiettivi con i propri collaboratori dirigenti. Complessivamente per l'anno 2024 sono state predisposte circa **2.300 schede obiettivi**.

Anche per tutti i direttori aziendali, di comprensorio e delle relative direzioni mediche, tecnico-assistenziale e amministrative sono stati definiti e formalizzati gli obiettivi per l'anno 2024.

Riassumendo si può affermare, che **tutti** i collaboratori dirigenti e i collaboratori titolari di posizione organizzativa, aventi diritto di percepire un premio di risultato, hanno obiettivi annuali assegnati. Inoltre, pur non percependo un'indennità di risultato, anche i coordinatori dell'area tecnico assistenziale negoziano annualmente una scheda individuale di obiettivi.

#### Fase di valutazione

Partendo dalla relazione sul raggiungimento degli obiettivi aziendali previsti dal POA, la ripartizione **Controlling** riporta le relazioni con relativa percentuale di raggiungimento nelle schede di valutazione degli obiettivi annuali dei singoli collaboratori.

In seguito, i diretti superiori procedono alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi dei loro collaboratori tenendo conto, per gli obiettivi previsti dal POA e delle forme organizzative di collaborazione, anch'essi valutati dalla Direzione Aziendale, delle relazioni e percentuali di raggiungimento già inserite nelle schede di valutazione. Il diretto superiore può discostarsi dalla valutazione del referente aziendale dell'obiettivo POA motivandone il disallineamento.

Per tutti gli altri obiettivi (di comprensorio, personali, progetti vari), cioè quelli non facenti parte dei documenti aziendali di programmazione, la relazione e relativa percentuale di raggiungimento viene proposta dal Responsabile dell'Unità Operativa/collaboratore dirigente interessato e sottoposta all'approvazione del relativo superiore gerarchico/funzionale in sede di approvazione della Scheda di valutazione degli obiettivi.

Qualora, per cause esterne e non direttamente imputabili alla gestione imperfetta della struttura o del collaboratore dirigente, non fosse stato possibile raggiungere l'obiettivo stabilito, in sede di valutazione si può procedere eventualmente alla relativa neutralizzazione. Il peso relativo agli obiettivi neutralizzati sarà pienamente attribuito in maniera figurativa agli obiettivi rimanenti al fine di non modificare i pesi parziali dei restanti obiettivi.

La valutazione formale con firma elettronica della scheda da parte del superiore e del collaboratore è archiviata nel fascicolo elettronico del dipendente.

Nel caso in cui il Responsabile dell'Unità Operativa/Dirigente non condivida la valutazione definita dal proprio superiore gerarchico/funzionale, ha facoltà di ricorrere al superiore gerarchico di grado più elevato che provvederà a definire ed approvare la valutazione in via definitiva.

La ripartizione Controlling predispose una comunicazione riassuntiva delle percentuali di valutazione di tutti i Responsabili di Unità Operativa (report) e provvede a trasmetterla alla Ripartizione Amministrazione del Personale (Ufficio Gestione economica del rapporto di Lavoro) e alla Ripartizione Sviluppo del Personale (Ufficio Sviluppo della Carriera, Performance e Produttività).

La fase di valutazione del raggiungimento degli obiettivi 2023 dei collaboratori responsabili di unità operativa dell'Azienda Sanitaria si è svolta nella prima metà di giugno 2024. Successivamente i responsabili di unità operativa hanno proceduto alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi dei propri collaboratori dirigenti. In tal modo, **tutto (100%) il personale**, dirigente e non, che ha negoziato una scheda individuale degli obiettivi è stato sottoposto alla valutazione del relativo raggiungimento.

La ripartizione Controlling ha inviato alla ripartizione Amministrazione del Personale e alla Ripartizione Sviluppo del Personale la raccolta delle percentuali relative al grado di raggiungimento di tutti i collaboratori dirigenti nella prima metà di luglio 2024. In base alle informazioni contenute nelle tabelle inviate alle due ripartizioni menzionate le stesse hanno proceduto ai lavori per la liquidazione dei premi. Sul sito "Amministrazione Trasparente" viene pubblicata annualmente il prospetto indicante la "Distribuzione per classi di punteggio" del grado di raggiungimento dei dirigenti sanitari e non. L'ultimo dato disponibile, relativo al 2023, riporta:

Classe di Punteggio	Numerosità strutture (comprese le direzioni)	Percentuale
95% - 100%	144	94,74%
90% - 94%	6	3,95%
85% - 89%	2	1,32%

La Ripartizione **Sviluppo del Personale** sostiene il processo della valutazione individuale offrendo formazioni ed aggiornamenti sia per i referenti degli obiettivi sia per i dirigenti deputati all'assegnazione degli obiettivi favorendo una maggior consapevolezza e incrementando le competenze in quest'ambito.

Nell'alveo della dirigenza sanitaria vengono introdotti anche i neoassunti nel corso dell'anno nel sistema della valutazione individuale mediante assegnazione di obiettivi a coloro i quali permangano nel corso dell'Anno solare in servizio per un periodo pari o superiore ad almeno quattro mesi.

Non sono pervenuti **ricorsi individuali** relativi alla valutazione ricevuta dal proprio Responsabile.

#### Pagamento dei premi

Il pagamento dei premi è disciplinato dai contratti collettivi di lavoro. In particolare:

- dal terzo accordo collettivo per il rinnovo del contratto di comparto per il personale del Servizio sanitario provinciale (escluso il personale della dirigenza sanitaria, amministrativa, tecnica e professionale), pubblicato 16/12/2024 e accordi precedenti;
- dal terzo contratto per il rinnovo del contratto collettivo provinciale per il comparto dell'area della dirigenza sanitaria del servizio sanitario provinciale del 18/12/2024 e contratti precedenti;
- dal contratto collettivo intercompartimentale per il personale dirigenziale per il triennio 2020-2022 e contratti precedenti per la dirigenza amministrativa.

I suddetti contratti di lavoro prevedono per le qualifiche dirigenziali la liquidazione di una indennità di risultato, per le qualifiche non dirigenziali la liquidazione di un premio di produttività generale e di eventuali premi di produttività aggiuntiva. In aggiunta, per il personale non appartenente alla dirigenza, viene sottoscritto annualmente un accordo aziendale che definisce la suddivisione dei fondi di produttività e le regole generali per la procedura di liquidazione.

In applicazione dei contratti collettivi sopra menzionati, la **Ripartizione Amministrazione del Personale** (Ufficio Gestione Economica del Rapporto di Lavoro) procede alla liquidazione dei premi come sotto dettagliato.

Per quanto riguarda la dirigenza sanitaria, con riferimento al risultato 2024, la liquidazione è avvenuta in due fasi:

- acconto mensile, determinato dal contratto di lavoro di riferimento (in vigore fino al 31/12/2024) misura percentuale al trattamento di posizione,
- saldo una tantum, liquidato a luglio dell'anno successivo a quello di riferimento dell'acconto, legato alla valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi di competenza, contenuta nel report riepilogativo trasmesso dalla Ripartizione Controlling. A partire dall'anno 2025 l'acconto è stato eliminato dal contratto collettivo sottoscritto in dicembre 2024, pertanto nel corso del 2025 non sono stati liquidati acconti.

Per quanto riguarda la dirigenza amministrativa l'indennità viene liquidata a luglio dell'anno successivo tenendo conto della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi, contenuta nel report riepilogativo trasmesso dalla Ripartizione Controlling. Il pagamento avviene in misura percentuale al trattamento fondamentale.

Per quanto riguarda il personale non appartenente alla dirigenza, il premio di produttività viene liquidato sulla base di criteri concordati annualmente con le OOSS nell'accordo aziendale sopra menzionato. Nell'accordo vengono definite le modalità di valutazione del raggiungimento degli obiettivi,

eventuali decurtazioni o sospensioni collegate ad esempio a sanzioni disciplinari irrogate nel corso dell'anno di riferimento.

***Complessivamente l'OIV esprime un giudizio positivo sul processo relativo alla performance individuale.***

### **C. Processo di attuazione del ciclo della performance**

#### Fonti degli obiettivi

Nella formulazione degli obiettivi prefissati per l'anno di riferimento, l'Azienda Sanitaria tiene conto dei piani e delle linee guida previsti per il settore sanitario sia nazionali che provinciali. Tra questi si citano, tra gli altri, il vigente Piano Sanitario Provinciale 2016 - 2020 (DGP 1331/2016), il Piano Provinciale di prevenzione 2021 – 2025 (DGP 1123/2021), il Piano Provinciale per il governo delle liste di attesa 2019 - 2021 (DGP 915/2019) adottato in attuazione del Piano nazionale del governo delle liste di attesa del 21.1.2019.

Si tiene inoltre conto anche degli esiti rilevati nell'ambito dei sistemi di valutazione delle performance sanitarie condotti a livello nazionale, come il Piano Nazionale Esiti (PNE), del Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali - Network delle Regioni e del Nuovo sistema di Garanzia (NSG - DM 12 marzo 2019). Oltre a ciò, si tengono in considerazione le disposizioni riguardanti la privacy, la trasparenza e l'anticorruzione come da Piano Nazionale Anticorruzione - PNA 2024 (delibera ANAC n. 605/2023).

Infine, il POA tiene conto degli obiettivi contenuti nel documento delle direttive della Giunta provinciale per l'anno di riferimento secondo il metodo "Balanced Scorecard". Per gli obiettivi relativi al 2025 esso è stato approvato con delibera della Giunta provinciale n. 1069 del 26/11/2024. Alcuni obiettivi definiti per i responsabili delle unità operative e per i singoli collaboratori possono essere autoproposti dagli stessi tenendo in considerazione esigenze migliorative o di sviluppo della singola unità operativa o dello stesso collaboratore.

Per il triennio 2025 – 2027 l'Azienda Sanitaria si è proposta 5 obiettivi strategici prioritari:

1. Evoluzione del sistema informativo ospedaliero, territoriale ed amministrativo con servizi online per utenti esterni ed interni.
2. Governo dei tempi di attesa
3. Ampliamento dell'assistenza domiciliare in conformità con il PNRR
4. Collegamento in rete a livello aziendale dei 7 ospedali nella gestione dei flussi di pazienti ed istituzione di centri di riferimento
5. Sviluppo ed attuazione del piano d'azione per il reclutamento ed il mantenimento del personal

#### Supporto informatico

La gestione degli obiettivi dei singoli collaboratori (scheda di negoziazione, scheda di valutazione, firma elettronica e archiviazione nel fascicolo elettronico del dipendente) viene svolta esclusivamente tramite il software IPV (Integrierte Personalverwaltung). Trattasi di un prodotto sviluppato dalla ripartizione Informatica dell'Azienda Sanitaria. Ha il vantaggio di essere integrato con il sistema di gestione del personale alimentato e utilizzato dalla ripartizione Amministrazione del personale e dalla ripartizione Sviluppo del personale. Al sistema hanno accesso tutti i collaboratori che, come superiore e/o come collaboratore, hanno un ruolo attivo nella gestione degli obiettivi annuali.

Con l'estensione, a partire dall'anno 2024, dell'impiego del software a tutti i collaboratori destinatari di obiettivi annuali, è stato attuato uno sviluppo importante, che ha portato un sensibile agevolazione nei lavori e importanti nuove funzionalità soprattutto alle procedure in carico alla ripartizione Controlling

***L'OIV ritiene che il processo di misurazione e valutazione sia strutturato, con fasi, tempi e responsabilità definite. L'OIV prende atto che l'Azienda Sanitaria si è posta come obiettivo per il 2025 la formalizzazione di un Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance, che comprenderà quanto esposto nei punti A. – C.***

#### **D. Infrastruttura di supporto**

##### **Controlling:**

La Ripartizione Pianificazione e Controlling, in base alla deliberazione 1418/2022 è organizzata in due uffici:

- Ufficio Pianificazione strategica e programmazione operativa
- Ufficio per la contabilità dei costi, delle prestazioni e statistica.

In base alla deliberazione citata, l'Ufficio Pianificazione strategica e programmazione operativa svolge le seguenti attività e prepara i relativi documenti di pianificazione:

- Analisi dell'Azienda Sanitaria, del suo outcome e confronto con altre realtà a livello nazionale;
- Monitoraggio degli sviluppi nel Servizio sanitario;
- Piano della performance – Piano generale triennale;
- Piano annuale della performance – Programma operativo annuale;
- Supporto alla pianificazione aziendale delle prestazioni;
- Supporto alla pianificazione aziendale del personale;
- Supporto all'elaborazione del bilancio annuale di previsione e consuntivo;
- Supporto alla negoziazione e valutazione degli obiettivi delle direzioni e delle strutture complesse;
- Supporto alle attività dell'OIV e dell'organismo di controllo interno (audit interno);
- Attività varie su richiesta della direzione di ripartizione.

##### **Sviluppo del Personale:**

Con deliberazione del Direttore generale n. 749/2021 "Implementazione dell'organigramma ai sensi della delibera n. 717 del 20.12.2018 – istituzione della Ripartizione Amministrazione del Personale e della Ripartizione Sviluppo del Personale e relativi uffici" sono stati definiti i compiti attribuiti delle strutture coinvolte nel processo di cui trattasi all'interno dell'ambito di competenza del personale:

- Programmazione e gestione del fabbisogno di personale a livello aziendale e comprensoriale per tipologia professionale e livello di inquadramento;
- Realizzazione di un modello per garantire dei requisiti di competenza precisi e job descriptions;
- Gestione del processo di attribuzione degli incarichi della carriera gestionale e professionale;
- Gestione processo di attribuzione degli incarichi di coordinamento e vice coordinamento;
- Gestione dei sistemi incentivanti: plus orario, indennità di istituto, produttività, produttività aggiuntiva, risultato, risultato aggiuntivo, progetti innovativi, indennità libero professionale, aumento individuale di stipendio (art. 20/4), indennità di master;
- Gestione del sistema di valutazione della performance individuale: valutazione di fine incarico per incarichi dirigenziali (direttore di dipartimento, struttura complessa e semplice, direttore di ripartizione e ufficio), supporto agli organi di valutazione.

### **Internal Auditing:**

L'Ufficio Internal Auditing

- promuove a tutti i livelli aziendali la diffusione di una cultura di identificazione, misurazione, gestione e monitoraggio dei rischi;
- favorisce l'adozione di una "cultura di controllo";
- implementa e monitora il Sistema di Controllo Interno, definito quale insieme delle regole, delle procedure e delle strutture organizzative volte a consentire una conduzione dell'azienda sana, corretta e coerente con gli obiettivi prefissati;
- monitora la regolarità degli atti e la conformità dei comportamenti;
- supporta l'attività di armonizzazione delle procedure amministrative.

***L'OIV ritiene che la infrastruttura di supporto sia ben implementata.***

### **E. Sistemi informativi e informatici di supporto all'attuazione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità per il rispetto degli obblighi di pubblicazione**

In data 03.07.2024 l'OIV ha concluso la verifica finale della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale prima della sottoscrizione del documento di attestazione inerente assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità da parte delle amministrazioni e degli enti e della scheda di sintesi.

L'OIV ha effettuato le verifiche sullo stato di pubblicazione dei dati al 31.05.2024, nelle seguenti parti del sito "Amministrazione Trasparente" dell'ASDAA, come indicato nella delibera ANAC n. 213 del 23.04.2024; la relativa fonte normativa è il d.lgs. n. 33/2013:

- 1) Consulenti e collaboratori (art. 15)
- 2) Performance (art. 10, co. 8, e art. 20)
- 3) Enti controllati (art. 22)
- 4) Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici (artt. 26-27)
- 5) Beni immobili e gestione patrimonio (art. 30)
- 6) Controlli e rilievi sull'amministrazione (art. 31)
- 7) Servizi erogati (art. 32)
- 8) Pagamenti dell'amministrazione (artt. 4-bis, 33, 36 e 41, co. 1)
- 9) Pianificazione e governo del territorio (art. 39)

**L'OIV esprime una valutazione positiva sul funzionamento dei sistemi informativi e informatici che supportano la pubblicazione dei dati, alla luce della rilevanza che tali sistemi rivestono quale presupposto per l'attuazione del Programma triennale e per il rispetto degli obblighi di pubblicazione.**

### **F) Definizione e gestione degli standard di qualità**

#### Performance Clinica

La Relazione sulla Performance 2023, di cui al punto A. della presente relazione, descrive dalla pag.3 fino alla pag. 13 in maniera articolata i risultati sanitari raggiunti dalla Azienda Sanitaria, sia in termini di volumi prodotti che in termini di performance clinica, facendo riferimento per questi ultimi a fonti diversificate, soprattutto al sistema PNE di Agenas. Al momento della pubblicazione di tale Relazione erano disponibili i dati PNE relativi al 2022.

Al momento (aprile 2025) sono disponibili i dati -solo riassuntivi- del Nuovo Sistema Garanzia (NSG) sul 2023, pubblicati a fine febbraio 2025, di cui si riporta il trend triennale:

<b>Punteggi</b>			
	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
Prevenzione	52	54	58
Distrettuale	68	77	82
Ospedaliera	81	75	62

Fonte: Ministero della Salute

La relazione ministeriale -più dettagliata- sui dati 2022 riportava:

“Per quanto riguarda gli indicatori CORE dell’area **prevenzione**, si evidenziano il non raggiungimento delle soglie di accettabilità per le coperture vaccinali (con conseguente punteggio pari a 0, sul quale potrebbe aver inciso anche il passaggio alla fonte informativa AVN) e il miglioramento dell’indicatore relativo alle attività di controllo veterinarie (punteggio 2022 pari a 74.9, nel 2021 pari a 53.6).

Nell’area **distrettuale**, nel 2022 si evidenziano il punteggio pari a 0 dell’indicatore sui tempi di attesa (criterio di qualità del dato non soddisfatto) e il basso punteggio dell’indicatore riferito ai ricoveri ripetuti in psichiatria. L’indicatore che riguarda il numero di deceduti di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative risulta in crescita.

Nell’area **ospedaliera** presenta un punteggio basso l’indicatore relativo alla proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui (punteggio 2022 pari a 10, nel 2021 era pari a 46,9).” (pag. 48 delle Relazione Ministeriale)

La pubblicazione dei dati 2023 del sistema PNE nel novembre 2024, a cura di Agenas, offre ora la possibilità di evidenziare in questa sede alcuni indicatori di performance clinica ospedaliera, per cui i valori dell’Azienda Sanitaria considerata complessivamente, si discostano in maniera significativa dal livello nazionale, sia in senso positivo che negativo.

Le probabili eccellenze sono:

- Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni dal ricovero
- Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni dal ricovero
- Infarto Miocardico Acuto: eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari a 1 anno con mortalità per ogni causa
- Colectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
- Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo
- Proporzione di parti con taglio cesareo primario
- Proporzione di episiotomie nei parti vaginali
- Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno
- Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall’accesso nella struttura di ricovero

Le probabili criticità sono:

- Infarto Miocardico S-T elevato: proporzione di Angioplastica Coronarica entro 90 minuti sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall’accesso nella struttura di ricovero/service
- Ictus ischemico: eventi maggiori cardiovascolari e cerebrovascolari a 1 anno
- Colectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni
- Colectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery
- Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 / 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

- Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella
- Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
- Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni
- Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento

Nel POA 2025, allegato al Piano Performance, **un solo obiettivo** sul totale di 45 obiettivi, è riferito alla Performance Clinica: l'obiettivo 32, suddiviso in 10 sotto-obiettivi. Nel POA si fa riferimento ad un ulteriore sistema nazionale di misurazione: il MES della Scuola Sant'Anna di Pisa. Per quanto riguarda le possibili criticità sopra elencate vengono inclusi negli obiettivi solamente due: la chirurgia dei tumori maligni della mammella ed i ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche.

**L'OIV rileva, pertanto, una disomogeneità delle fonte dei dati (PNE, NSG, MES e dati locali) nella misurazione della Performance Clinica ed una scarsa corrispondenza fra criticità rilevate ed obiettivi assegnati alle strutture cliniche competenti.**

#### Qualità percepita dagli utenti

Il progetto congiunto dell'indagine sulla soddisfazione dei pazienti nei sette ospedali pubblici è stato realizzato nel 2024 dalla Ripartizione Comunicazione dell'Azienda Sanitaria. L'obiettivo è stato quello di rilevare tramite un sondaggio la qualità dell'assistenza percepita nel setting di ricovero. Sono state adottate una serie di misure preparatorie per la realizzazione del progetto, come la predisposizione della banca dati di tutti i pazienti 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 e l'incarico ad una società esterna per l'implementazione operativa delle varie attività necessarie. A tal fine è stato affidato l'incarico all'Istituto di ricerca sociale e demoscopia "apollis". 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 viene proposta un'indagine online; mentre ai pazienti di età superiore ai 60 anni vengono 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.

**L'OIV ritiene la rivelazione della soddisfazione dei pazienti ricoverati un progetto prezioso ed importante perché concerne un'indagine su un campione statisticamente rilevante di utenti che si caratterizzano per un contatto duraturo con le strutture sanitarie ed auspica una tempestiva trasmissione dei risultati.**

L'OIV suggerisce di proseguire questa rilevazione a tappeto in tutti i sette ospedali dell'Azienda Sanitaria in quanto:

- consente di dare un feedback prezioso non solo ai collaboratori/trici medici, infermieristici e tecnico-sanitari sulla qualità delle cure, ma pure a tutti gli addetti a garantire ai pazienti confort alberghiero e razionalità dei percorsi;
- permette di monitorare l'evoluzione del grado di soddisfazione lungo periodo e l'incidenza sulla stessa di azioni progetti migliorativi della qualità dei processi e della struttura;
- consente di paragonare il grado di qualità percepita dai pazienti ricoverati in reparti della stessa disciplina nei vari ospedali o di discipline diverse nella stessa struttura;
- agevola la formulazione di obiettivi migliorativi della qualità nell'ambito della negoziazione di budget delle singole U.O

- L'OIV ritiene, infine, che a seguito dell'impostazione del progetto con consulenza esterna lo stesso potrebbe essere gestito internamente e razionalizzato fornendo ai pazienti il questionario direttamente al termine della degenza risparmiando in tal modo notevolmente rispetto alla distribuzione online o in forma postale.

#### Qualità percepita dai dipendenti ("Benessere organizzativo")

Nel corso dell'anno 2023 l'Azienda Sanitaria 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 40%. 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 è stato esteso anche all'anno 2024.

Per le strutture promotrici 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'OIV auspica una tempestiva trasmissione dei risultati dettagliati.

L'anno 2024 ha segnato inoltre l'inizio del processo di accreditamento definitivo per l'Audit famiglia e lavoro. L'Azienda Sanitaria ha attuato numerose iniziative nel campo della conciliazione tra famiglia e lavoro ed ha svolto interviste in ogni Comprensorio sanitario a favore di tutte le categorie di dipendenti e dirigenti al fine di ottenere la certificazione definitiva. Dalle interviste è scaturito un quadro estremamente positivo, che pone l'Azienda Sanitaria come un datore di lavoro attento alle esigenze familiari dei propri dipendenti.

Sempre nel 2024 l'Azienda Sanitaria ha approvato il proprio gender equality plan e ha programmato attività di formazione sul tema dell'age management.

**L'OIV esprime il proprio apprezzamento per l'indagine sul Clima Organizzativo, fondamentale contributo per analizzare e migliorare la Performance Organizzativa, e consiglia la diffusione dei risultati all'interno dell'Azienda nonché un riassunto metodologico sul sito "Amministrazione Trasparente".**

#### Relazione customer satisfaction utenti della mensa

Il servizio di ristorazione del Comprensorio di Bolzano è certificato in base alla norma ISO 9001-2015. 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 questionario online 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. Gli sforzi della cucina di rendere più attraente l'offerta vengono in parte premiati dal leggero aumento del gradimento per quanto riguarda il gusto, sebbene, sia ancora molto frequente la valutazione "scadente".

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

### Reclami e segnalazioni

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.

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 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"(n.920), "Carenze organizzative"(n.343) e "Carenze assistenziali del personale medico"(n.330).

Un altro elemento di criticità è individuato nelle lunghe liste di attesa (n.231), 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.

Gli encomi (n.300) espressi nell'anno 2024 riguardano principalmente gli aspetti relazionali e le competenze professionali degli operatori.

### Altri progetti

Anche nel 2024 sono proseguite le seguenti rivelazioni della qualità percepita:

- soddisfazione dei medici di medicina generale con i laboratori clinico-patologici,
- Percezioni e soddisfazioni dei parenti di pazienti del reparto Hospice/Medicina palliativa (risposta del 49,8%: 105 di 211 questionari sono stati ritornati).Il grado di soddisfazione supera abbondantemente il 90%.

**L'OIV valuta positivamente, con i suggerimenti di cui sopra, le iniziative intraprese per rilevare la qualità percepita degli utenti dei servizi erogati.**

### **G. Utilizzo dei risultati del Sistema di misurazione e valutazione**

Per quanto concerne il Sistema di Misurazione e Valutazione, la Direzione Aziendale ha comunicato l'impegno di concluderne la formalizzazione entro l'anno 2025.

**L'OIV prende atto che i presupposti sostanziali sono già presenti in documenti aziendali di varia natura e necessitano di una formalizzazione, per poi valutarne l'efficacia.**

#### **H. Descrizione delle modalità di monitoraggio dell'OIV**

Per l'esame del Ciclo della Performance 2023 e partenza del Ciclo 2024 l'OIV ha svolto complessivamente 13 riunioni, durante le quali, oltre all'esame documentale, sono stati sentiti i seguenti dirigenti:

- . Dott. Christian Kofler, Direttore Generale
- . Dott.ssa Irene Pechlaner, Commissaria Straordinaria (fino a marzo 2024)
- . Dott. Joseph Widmann, Direttore Sanitario
- . Dott. Luca Armanaschi, Direttore Amministrativo
- . Dott.ssa. Marianne Siller, Direttrice Tecnico Assistenziale
- . Dott.ssa Laura Schrott, Direttrice Ripartizione Salute della Provincia Autonoma
- . Dott.ssa Veronika Rabensteiner Direttrice dell'Ufficio Personale Formazione e Contributi in ambito sanitario della Provincia Autonoma
- . Dott.ssa Silvia Capodaglio, Ufficio Economia sanitaria della Provincia Autonoma
- . Dott.ssa Sabrina Balduzzi, Direttrice di ripartizione Amministrazione del Personale
- . Dott. Lukas Blasbichler, Responsabile della posizione organizzativa Staff relazioni con il personale ed i sindacati
- . Dott. Martin Matscher, Direttore di ripartizione Sviluppo del Personale
- . Dott.ssa Evelin Reinstaller, Dirigente dell'Ufficio sviluppo di carriera, performance e produttività
- . Dott. Fabio Zadra Direttore Ufficio sviluppo della carriera, performance e produttività
- . Dott. Lukas Raffl, Direttore di ripartizione Comunicazione
- . Dott. Markus Marsoner, Direttore di ripartizione Pianificazione e Controllo
- . Dott.ssa Ines Pellegrini, Responsabile Ufficio Pianificazione strategica e programmazione operativa
- . Dott. Luigi Catapano, Direttore d'ufficio Internal Auditing.

L'OIV esercita, inoltre un costante monitoraggio su quanto pubblicato dall'Azienda in Internet.

-.-.-

Riassumendo, a partire dal gennaio 2024, l'OIV ha svolto i seguenti atti inerenti il Ciclo della Performance:

- pareri sui PIAO 2024 - 2025
- verifica della coerenza col Piano Performance della parte "Rischi Corruttivi e Trasparenza" del PIAO
- attestazione sul sito "Amministrazione Trasparente"
- validazione della Relazione di Performance 2023, con conseguente possibilità di erogare le premialità.

15.4.2025

  
Dr. Siegfried Gatscher

Dr. Ulrich Wienand

