

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Sudtirol

BESCHLUSSNIEDERSCHRIFT DES GENERALDIREKTORS

Ernannt mit Beschluss der Landesregierung Nr. 140
vom 12.03.2024

VERBALE DI DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

Nominato con Deliberazione della Giunta Provinciale
n. 140 del 12.03.2024

Nr. 2025-476
Sitzung vom
27/05/2025

Seduta del

DER GENERALDIREKTOR
IL DIRETTORE GENERALE
CHRISTIAN KOFLER

UNTERSTÜTZT
COADIUVATO

VOM STELLVERTRETENDEN SANITÄTSDIREKTOR
DAL SOSTITUTO DEL DIRETTORE SANITARIO
PIERPAOLO BERTOLI

VOM VERWALTUNGSDIREKTOR
DAL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
LUCA ARMANASCHI

UND VON DER PFLEGEDIREKTORIN
E DALLA DIRETTRICE TECNICO ASSISTENZIALE
MARIANNE SILLER

Betreff:

GENEHMIGUNG DES PERFORMANCEBERICHTES
2024

Beschlussentwurf

Oggetto:

APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA
PERFORMANCE 2024

Proposta di Deliberazione

Nr. 561/25

Der Generaldirektor, unterstützt vom Sanitätsdirektor, vom Verwaltungsdirektor und von der Pflegedirektorin, bzw. deren Stellvertreter, wie auf dem Deckblatt angegeben:

Il Direttore Generale coadiuvato dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dalla Direttrice Tecnico - assistenziale, rispettivamente i loro sostituti, come risulta in frontespizio:

Nach Einsichtnahme in den Abschnitt II, des G.v.D. Nr. 150 vom 27. Oktober 2009 „Umsetzung des Gesetzes N.15 vom 4. März 2009 zur Optimierung der Produktivität der öffentlichen Tätigkeit und der Effizienz und Transparenz der öffentlichen Verwaltungen“, welches Maßnahmen im Bereich der „Messung, Bewertung und Transparenz der Performance“ vorsieht;

Visto il Titolo II, del D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni." recante disposizioni in materia di "Misurazione, valutazione e trasparenza della performance";

Unter Berücksichtigung des Art. 3 des oben genannten Absatzes II, der vorsieht, dass „die Messung und Bewertung der Performance der Verbesserung der Qualität der Dienste dienen, die von der öffentlichen Verwaltungen erbracht werden, sowie der beruflichen Kompetenzentwicklung, mittels der Bewertung des Verdienstes und der Ausbezahlung der Prämien für die erreichten Ergebnisse der Einzelnen und der Dienste im Rahmen der Gleichbehandlung von Rechten und Pflichten, Transparenz der Ergebnisse der öffentlichen Verwaltung und der dafür eingesetzten Ressourcen“;

Considerato che l'art. 3, del sopracitato Titolo II prevede che "la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dalle amministrazioni pubbliche, nonché 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 in un quadro di pari opportunità di diritti e doveri, trasparenza dei risultati delle amministrazioni pubbliche e delle risorse impiegate per il loro perseguimento."

Nach Einsichtnahme in den Beschluss der Außerordentlichen Kommissarin des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen Nr. 119 vom 30.01.2024, mit dem der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan des Südtiroler Sanitätsbetriebes 2024 – 2026 genehmigt wurde, welcher auch den Performance-Plan vorsieht;

Preso atto della delibera della Commissaria Straordinaria dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige n. 119 del 30.01.2024, con la quale è stato approvato il Piano integrato di attività e organizzazione dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige 2024 - 2026, che prevede al suo interno anche il Piano della performance;

Nach Einsichtnahme in den Art. 2, des Landesgesetzes Nr. 14 vom 5. November 2001 „Planungsprozess“, der vorsieht, dass der Betrieb seine Tätigkeiten auf der Grundlage der Planung gestaltet, die aus der Jahres- und der Dreijahresplanung besteht, und in Übereinstimmung mit den Inhalten und Vorgaben der gesetzlichen Bestimmungen des Staates und des Landes, des Landesgesundheitsplanes und den Ausrichtungs- und Planungsrichtlinien der Landesregierung;

Visto l'articolo 2, della legge provinciale 5 novembre 2001, n. 14, "Processo di programmazione", in base al quale l'azienda informa la propria attività al metodo della programmazione che si articola in programmazione triennale ed annuale, in armonia con i contenuti e gli indirizzi delle norme di legge statali e provinciali, del Piano sanitario provinciale e degli atti di indirizzo e di programmazione della Giunta provinciale;

In Anbetracht der Absätze 3 und 5 des Art. 2 desselben Gesetzes „Die betriebliche Jahresplanung bestimmt Ziele, Aktivitäten, Zeiten und Verantwortlichkeiten für die Verwirklichung, und zwar in quantitativer und qualitativer Hinsicht“ und dass „Das Jahrestätigkeitsprogramm und Budget und der Jahreshaushaltsvoranschlag die Instrumente für die Jahresplanung bilden“;

Preso atto dei commi 3 e 5, dell'art. 2, della stessa legge "La programmazione annuale è volta a definire obiettivi, azioni, tempi e responsabilità di realizzazione in termini qualitativi e quantitativi." e che "Gli strumenti della programmazione annuale sono il programma operativo annuale e budget e il bilancio preventivo annuale.";

Nach Einsichtnahme in das Dekret Nr. 3296/2025 der Abteilungsdirektorin Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol „Verfahren bezüglich Planungs- und Bewertungsdokumente des Landesgesundheitsdienstes“;

Preso atto del Decreto n. 3296/2025 della Direttrice della Ripartizione Salute della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige "Procedure relative ai documenti di programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Provinciale";

Nach Einsichtnahme in den Beschluss des Generaldirektors des Südtiroler Sanitätsbetriebes Nr. 1519 vom 27.11.2023, mit dem das

Preso atto della delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige n. 1519 del 27.11.2023, con la quale è stato approvato il

Jahrestätigkeitsprogramm 2024 genehmigt wurde;

Programma operativo annuale 2024;

Berücksichtigt, dass der Art. 14 des G.v.D. Nr. 150 vom 27 Oktober 2009 auch vorsieht, dass jede Verwaltung ein Unabhängiges Bewertungsorgan der Performance (UBO) vorsieht;

Tenuto conto che l'art. 14, del D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150 prevede anche che ogni amministrazione si doti di un Organismo indipendente di valutazione (OIV) della performance;

Nach Einsichtnahme in das Landesgesetz vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, betreffend „Neuordnung des Landesgesundheitsdienstes“, welches im Artikel 46/bis das Unabhängige Bewertungsorgan (UBO) des Südtiroler Sanitätsbetriebes regelt;

Vista la legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7, e successive modifiche, recante "Riordinamento del Servizio sanitario provinciale" che disciplina all'articolo 46/bis l'Organismo indipendente di valutazione (OIV) dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Nach Einsichtnahme außerdem in das Dekret des Landeshauptmannes Nr. 43 vom 20. November 2020 in geltender Fassung, betreffend die „Durchführungsverordnung über die Regelung des unabhängigen Bewertungsorgans und des technischen Kollegiums beim Südtiroler Sanitätsbetrieb“;

Visto inoltre, il Decreto del Presidente della Provincia 20 novembre 2020, n. 43 e successive modifiche, che prevede il "Regolamento di esecuzione della disciplina dell'Organismo indipendente di valutazione e del Collegio tecnico istituiti presso l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige;"

Nach Einsichtnahme in die Berichte der Betriebsreferenten zur Erreichung der einzelnen Ziele des Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans 2024-2026 und des Jahrestätigkeitsprogrammes in Bezug auf das Jahr 2024;

Presa visione delle relazioni di raggiungimento dei referenti aziendali per i singoli obiettivi del Piano integrato di attività e organizzazione 2024-2026 e del Programma operativo annuale relativamente all'anno 2024;

Nach Anhören der positiven Stellungnahmen des Sanitätsdirektors, des Verwaltungsdirektors und der Pflegedirektorin, bzw. deren Stellvertreter;

Sentiti i pareri favorevoli del Direttore Sanitario, del Direttore amministrativo e della Direttrice tecnico-assistenziale, rispettivamente dei loro sostituti;

B E S C H L I E S S T

D E L I B E R A

- | | |
|--|--|
| 1) Den beiliegenden „Performancebericht 2024“ zu genehmigen; | di approvare l'allegata "Relazione sulla performance 2024"; |
| 2) Die Abteilung Planung und Controlling zu beauftragen, gegenständlichen Beschluss dem Unabhängigen Bewertungsorgan (UBO) zur Validierung zu übermitteln; | di incaricare la Ripartizione Pianificazione e controllo di trasmettere la presente deliberazione all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) per la validazione; |
| 3) Die Abteilung Planung und Controlling zu beauftragen gegenständlichen Beschluss der Abteilung Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen - Südtirol, wie vom Dekret Nr. 3296/2025 der Abteilungsdirektorin Gesundheit vorgesehen, zu übermitteln; | di incaricare la Ripartizione Pianificazione e controllo di trasmettere la presente deliberazione alla Ripartizione Salute della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige, come previsto dal Decreto della Direttrice di Ripartizione Salute n. 3296/2025; |
| 4) Den Bericht auf der institutionellen Webseite des Betriebes, in der Rubrik „Transparente Verwaltung“ laut Art. 10, Abs. 8, Bst. b), des G.v.D. Nr. 33/2013 zu veröffentlichen. | di pubblicare la Relazione sul sito istituzionale dell'Ente, sezione "Amministrazione Trasparente" come previsto dal Art. 10, comma 8, lettera b) del D.Lgs 33/2013. |

Gegenständliche Maßnahme ist mit Rekurs innerhalb der Fallfrist von 60 Tagen ab dem Zeitpunkt, in dem der Betroffene volle Kenntnis davon erlangt hat, vor dem Regionalen Verwaltungsgericht der Autonomen Provinz Bozen anfechtbar.

Il presente provvedimento è impugnabile con ricorso da proporsi nel termine perentorio di 60 giorni, decorrenti dalla piena conoscenza del provvedimento medesimo, avanti al Tribunale Amministrativo Regionale per la Provincia Autonoma di Bolzano.

Beschluss von Dr.in Ines Pellegrini ausgearbeitet und geschrieben

Delibera elaborata e scritta da dott.ssa Ines Pellegrini

AUTONOME PROVINZ
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

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

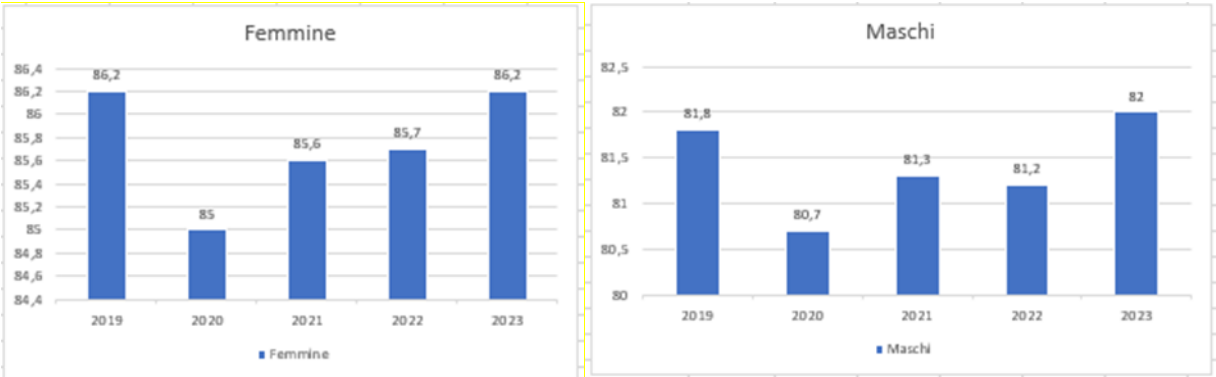


Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

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



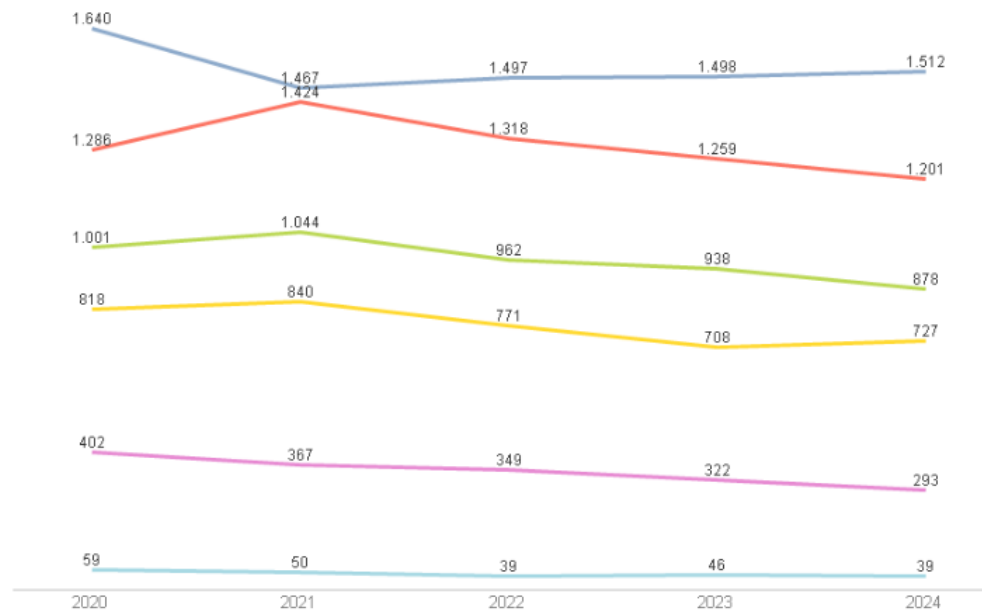
Regioni/PA	Valutazione
Friuli Venezia Giulia	3,90
Lombardia	4,82
PA Bolzano	3,05
Toscana	4,35
Umbria	3,48
Veneto	3,77

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

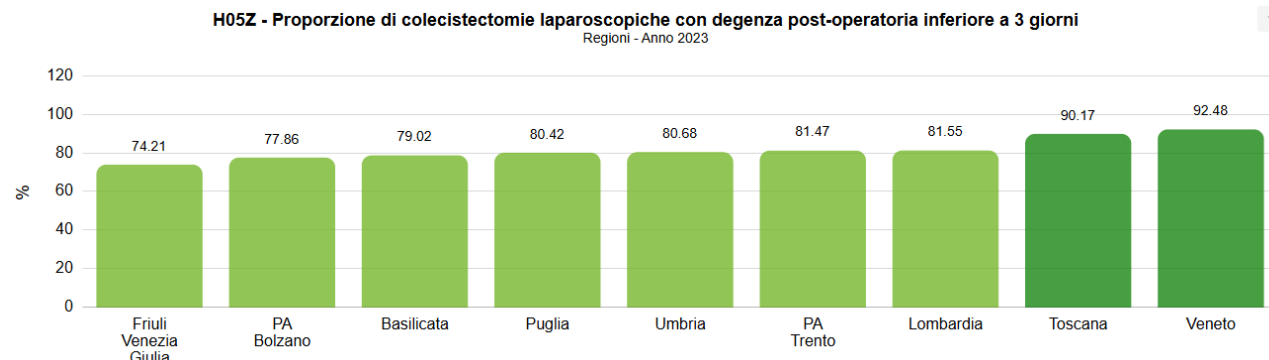
Percentuale fratture femore operate entro 2 giorni – ospedali pubblici ASDAA

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

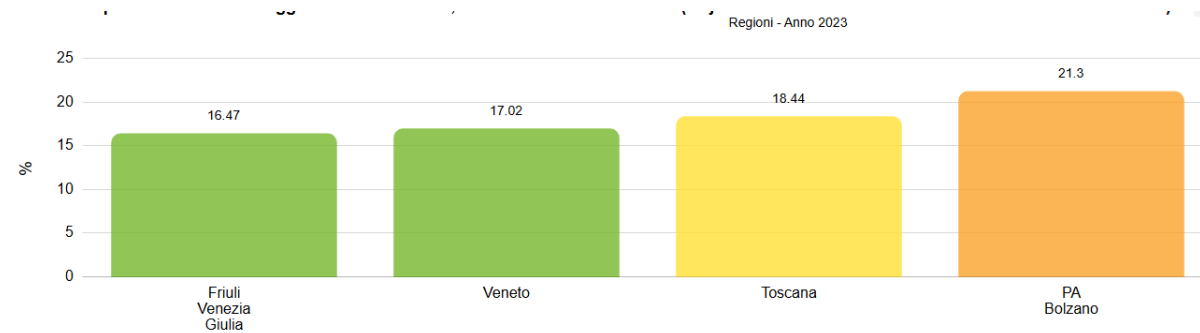
In termini di percentuale di interventi laparoscopici con una degenza ospedaliera inferiore a 3 giorni, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sta al di sopra della media nazionale.



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.

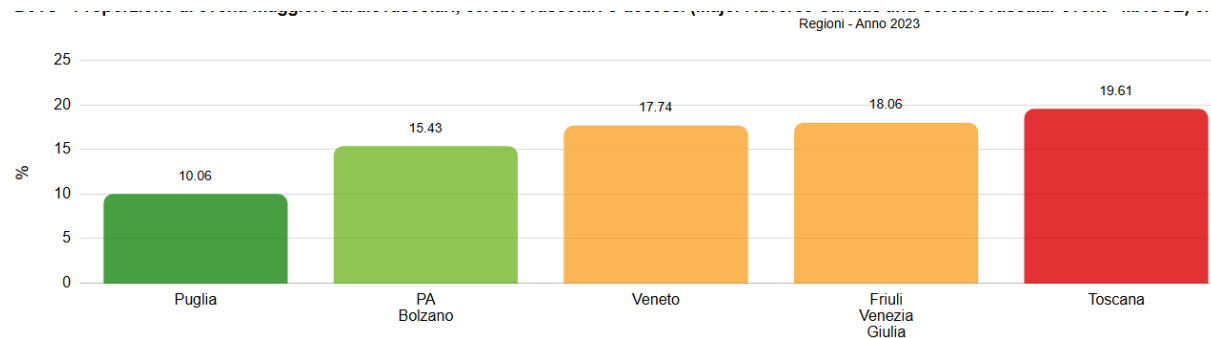


Numero di ricoveri per acuti con diagnosi principale di ictus ischemico, per i quali entro 12 mesi a partire dalla data di dimissione del ricovero indice avviene un evento maggiore cardiovascolare o cerebrovascolare (MACCE)

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 Ricoveri 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) Ricoveri per riabilitazione (codice 56.00 e 75.00)	46	152		48	246	2.620	2.866
Aufnahmen für Postakute Langzeitpflege (Kodex 60.00) Ricoveri 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

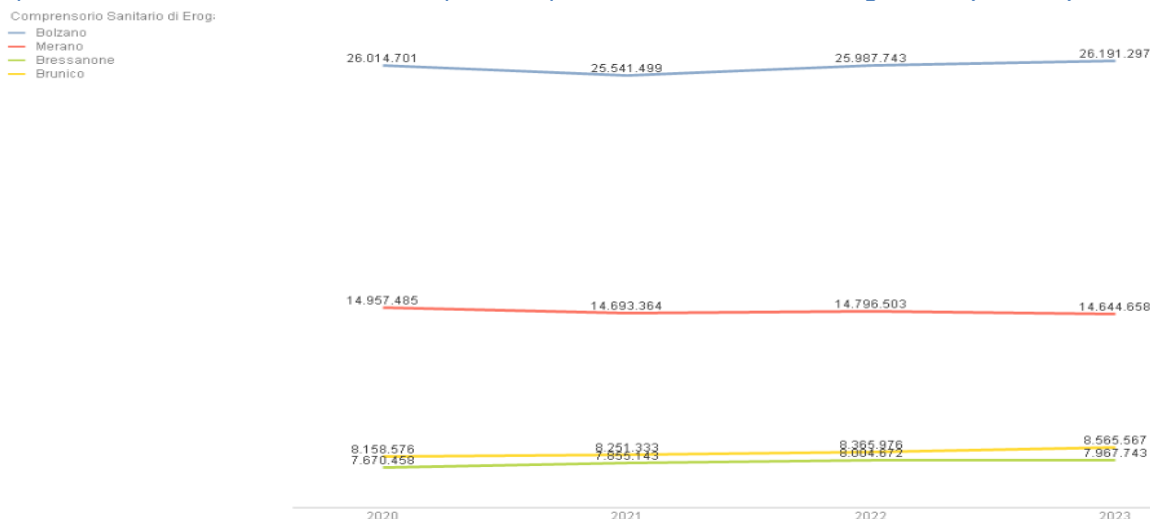
L'aumento del numero di ore lavorate, dovuto alla sempre maggiore necessità di cure, si riflette anche sul consumo di materiali, come si evince dalla tabella seguente per i prodotti farmaceutici e beni non sanitari. Nel settore dei beni sanitari, nel periodo 2020-2022 abbiamo avuto valori di consumo 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 €

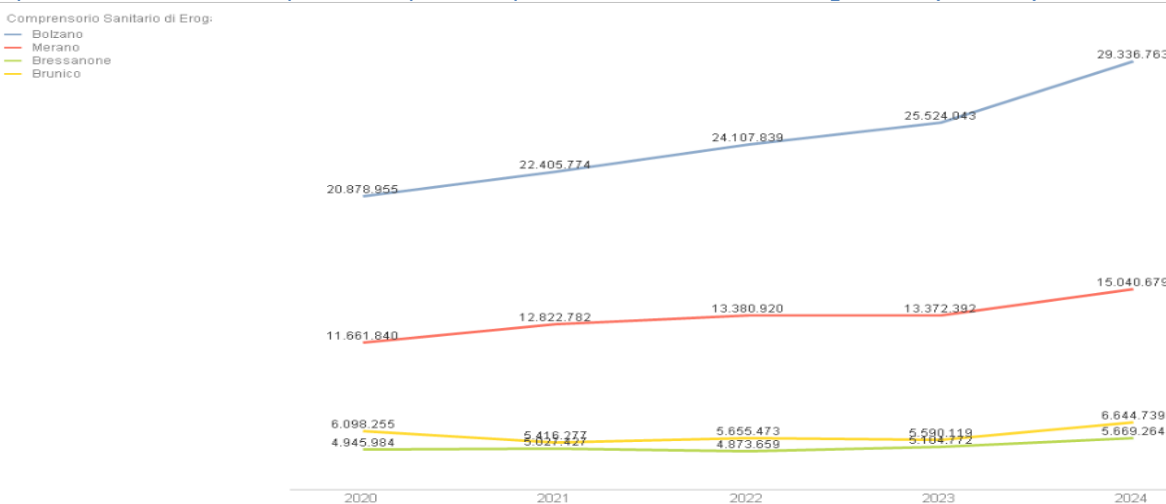
Fonte: banca dati ASDAA

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

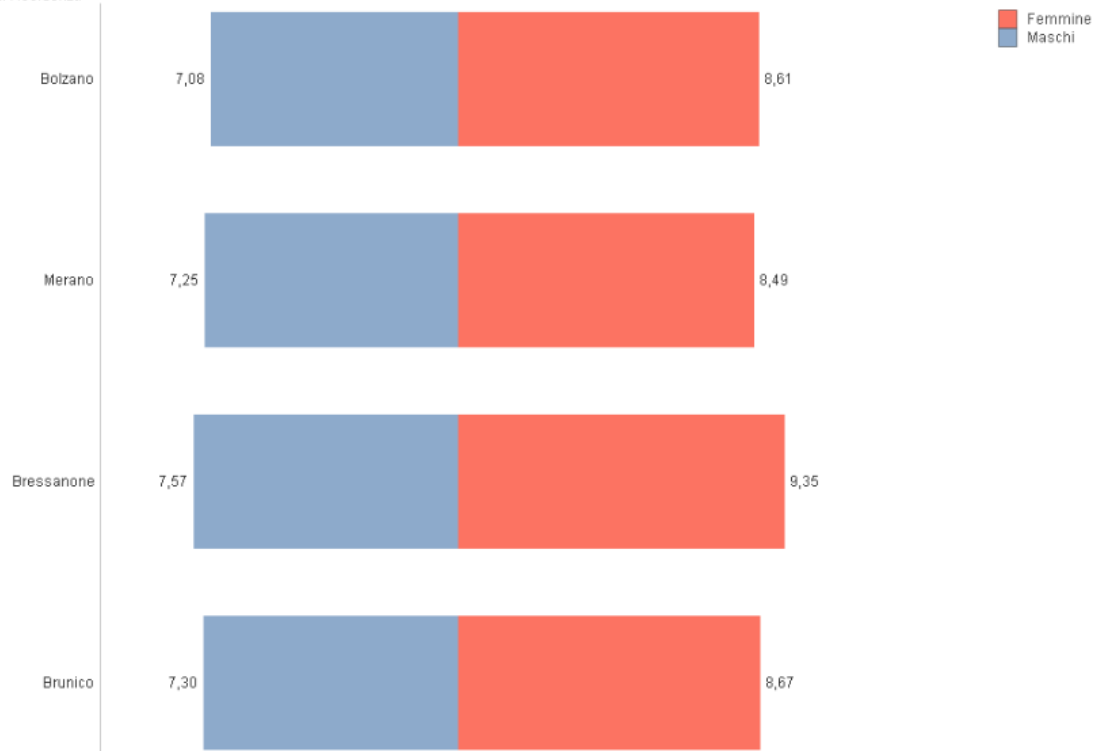
Spesa Farmaceutica Ospedaliera per Comprensorio Sanitario di Erogazione (in Euro)



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	
Scompenso 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	
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Merano	Alto	137	7.88	9.63	
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Bressanone	Medio	104	13.69	9.63	
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	Ospedale di Brunico	Basso	107	14.95	9.63	
Scompenso 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.

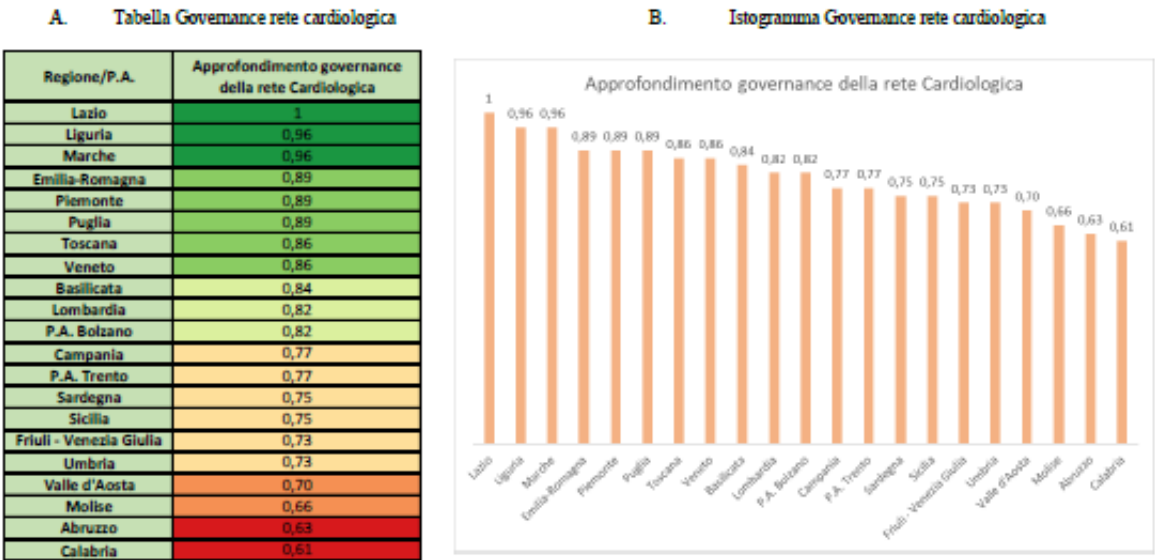
Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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).



C. Cartografia Governance rete cardiologica

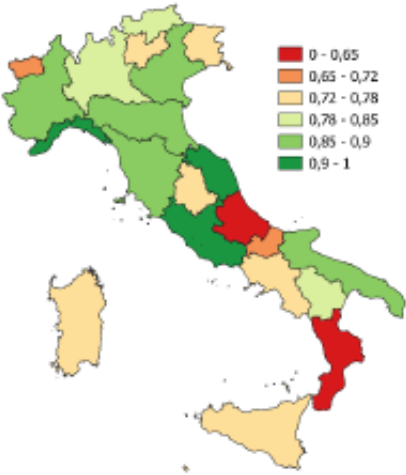


Figura 3. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete cardiologica

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.4 Approfondimento Rete Emergenza-Urgenza

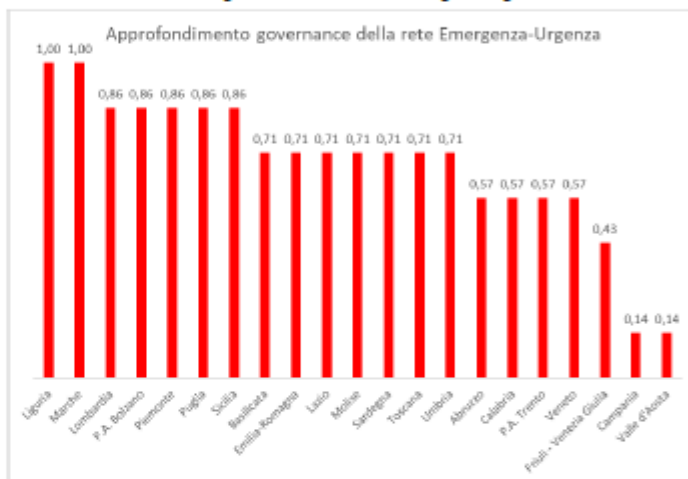
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi*) sulla Rete emergenza-urgenza, espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

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

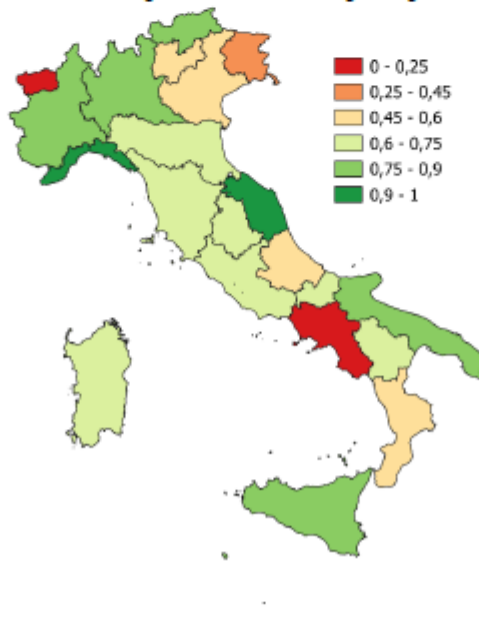


Figura 6. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete emergenza-urgenza

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.3 Approfondimento Rete Trauma

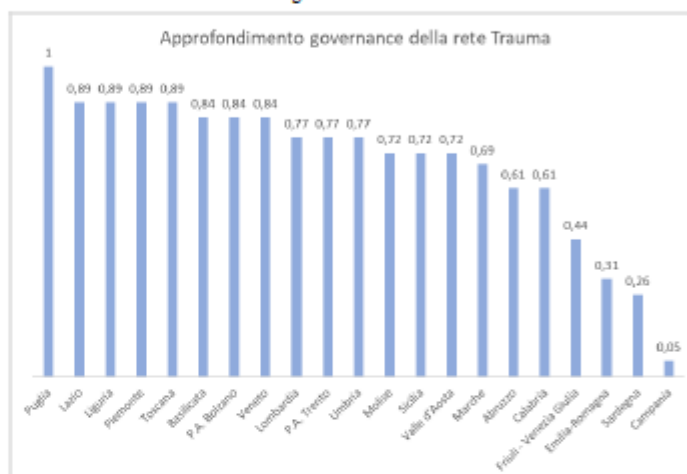
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete trauma e G del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Trauma*) espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0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

A. Tabella Governance rete trauma

Regione/ P.A.	Approfondimento governance della rete Trauma
Puglia	1
Lazio	0,89
Liguria	0,89
Piemonte	0,89
Toscana	0,89
Basilicata	0,84
P.A. Bolzano	0,84
Veneto	0,84
Lombardia	0,77
P.A. Trento	0,77
Umbria	0,77
Molise	0,72
Sicilia	0,72
Valle d'Aosta	0,72
Marche	0,69
Abruzzo	0,61
Calabria	0,61
Friuli - Venezia Giulia	0,44
Emilia-Romagna	0,31
Sardegna	0,26
Campania	0,05

B. Istogramma Governance rete trauma



C. Cartografia Governance rete trauma

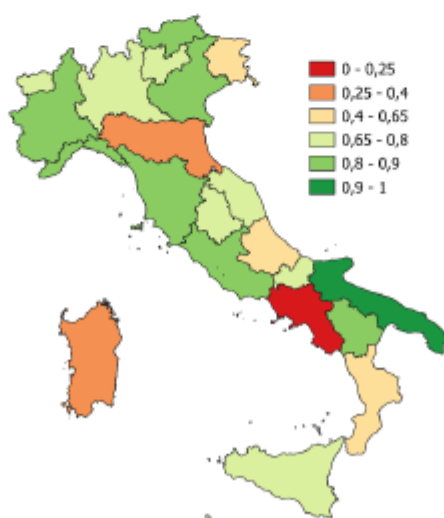


Figura 5. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete trauma

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. Riqualficare 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 riqualficazione 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:

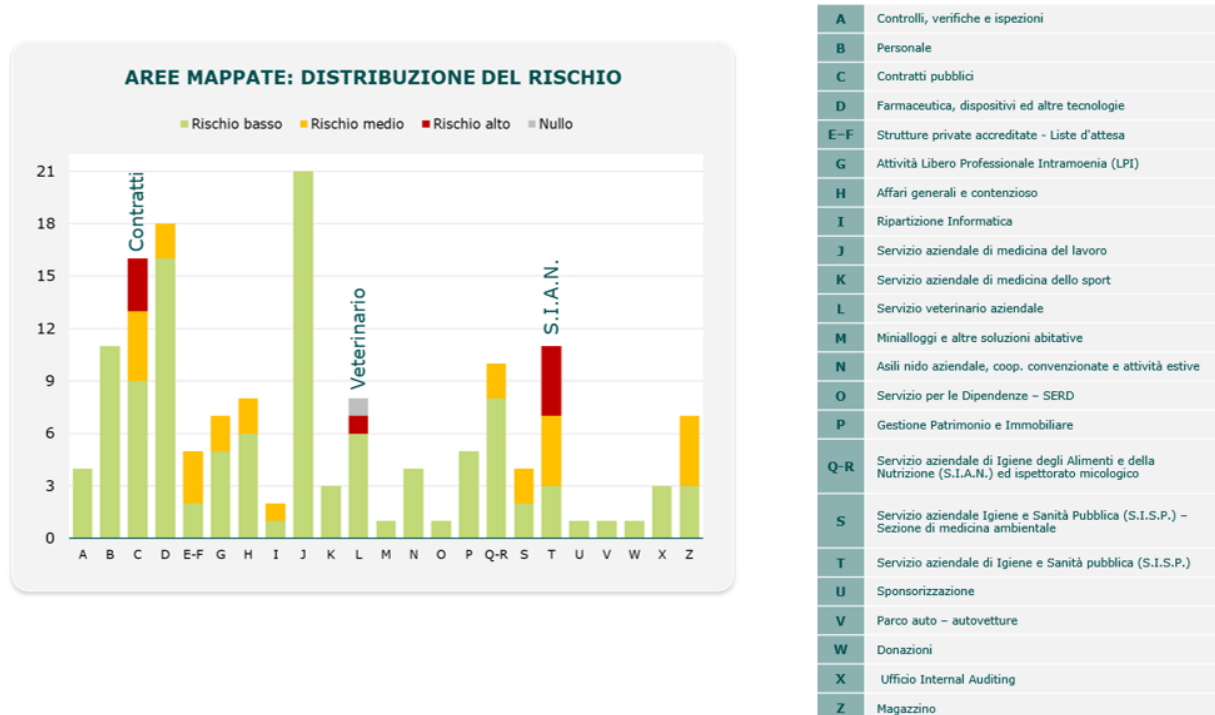
- *Analisi del contesto*: questa fase comprende l'analisi del contesto esterno e interno dell'amministrazione per identificare i fattori che possono influenzare il rischio di corruzione.
- *Mappatura dei processi*: identificazione dei processi amministrativi critici e delle aree più vulnerabili alla 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.



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).

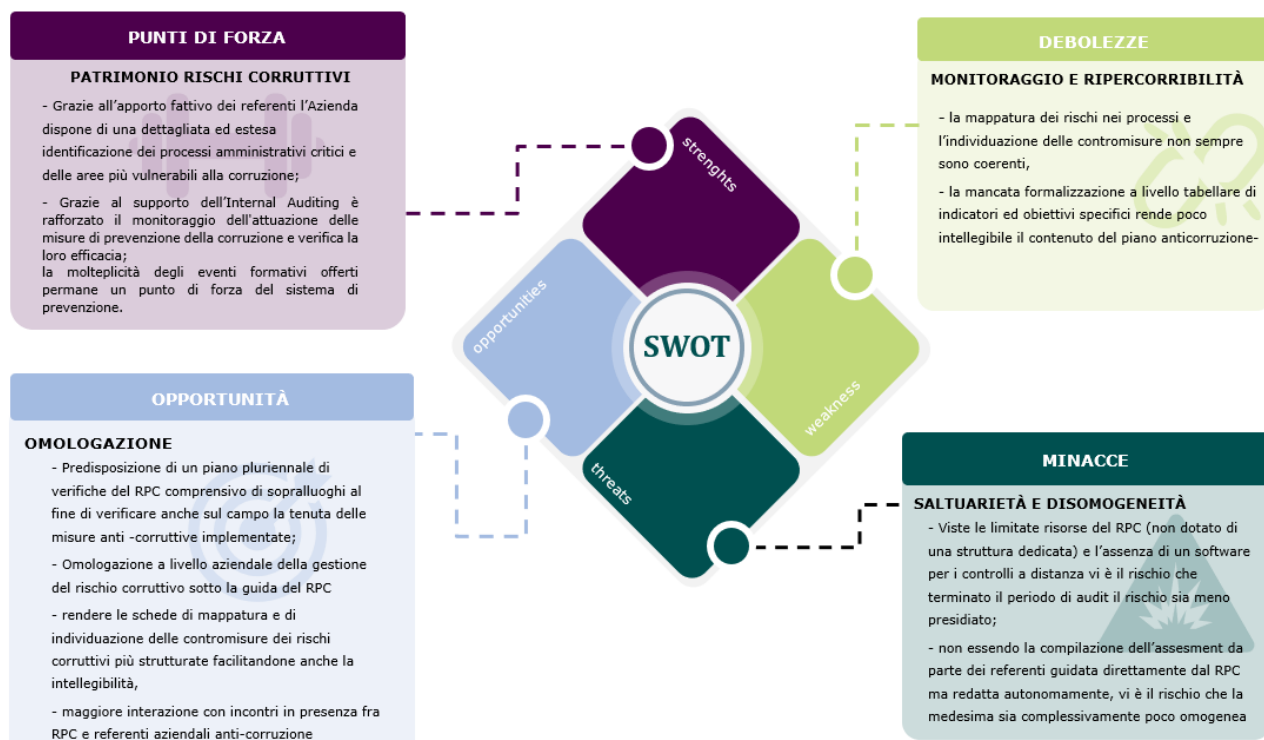
Si precisa che il parere del RPC non è vincolante, ma che la decisione ultima sul come procedere spetta al superiore gerarchico del dipendente oggetto del potenziale conflitto di interessi.

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 attualizzazione, 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 proceduralizzazioni 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 LHM	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.5)	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 B1H23000040001 (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 B1H23000040001 (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 AU SGABEN	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 **Compensorio 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 e ai/pazienti;
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.

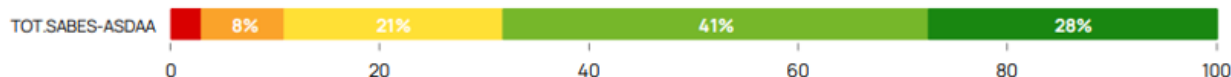
Alcuni dei risultati più evidenti:

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

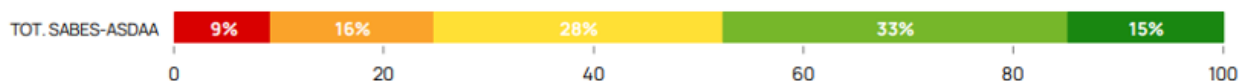
Il 69% dei responsabili di struttura ed il 48% degli altri dipendenti che hanno partecipato dichiarano di sentirsi realizzati.

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

RESPONSABILI / **FÜHRUNGSKRÄFTE**



DIPENDENTI / **MITARBEITENDE**

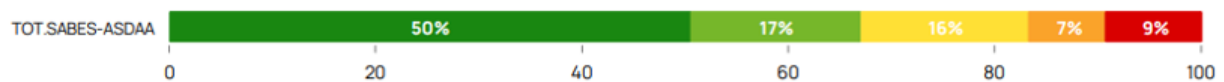


Lascerò la mia Azienda il prima possibile. / Ich werde mein Unternehmen so schnell wie möglich verlassen.

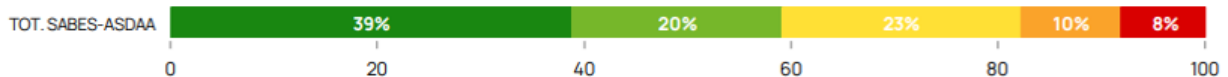
Il 16% dei responsabili di struttura ed il 18% degli altri dipendenti dichiara che lascerà l'azienda il prima possibile.

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

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE

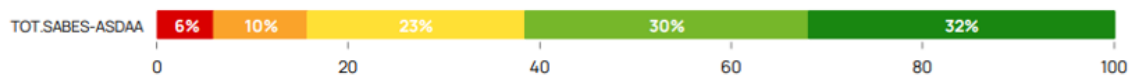


Mi sento parte integrante del team all'interno del quale lavoro in un clima di reciproca collaborazione. / Ich fühle mich als integraler Bestandteil des Teams, in dem ich in einer Atmosphäre der gegenseitigen Zusammenarbeit arbeite.

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 F&K 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

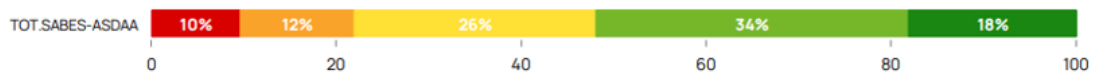


Consiglierei ad una/un collega di lavorare nella mia stessa Azienda. /
Ich würde einem/einer Kollegen/in empfehlen, in meinem Betrieb zu
arbeiten.

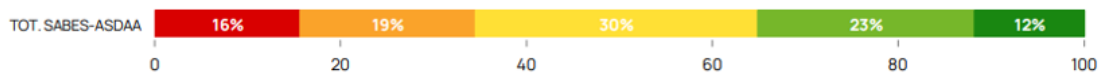
Trai rispondenti, circa il 52% dei responsabili ed il 25% degli altri dipendenti dichiara che consiglierebbe ad un collega di lavorare nella sua stessa Azienda. Il 22% tra i primi ed il 35% tra i secondi manifesta invece disaccordo.

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

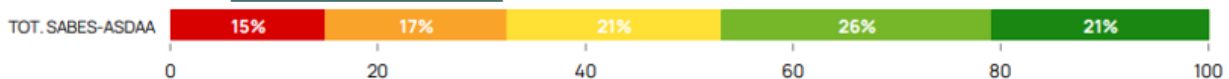


Il mio responsabile diretto sa gestire le situazioni conflittuali. /
Mein/e Vorgesetzter/e kann mit Konfliktsituationen umgehen.

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.

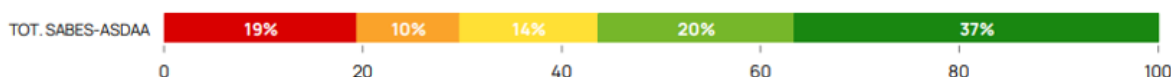
Solo il 57% dei dipendenti e 52% dei responsabili dichiara di svolgere un colloquio annuale con il proprio superiore.

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

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE

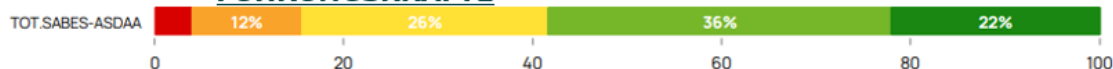


Ritengo adeguate le opportunità formative offerte dall'Azienda per migliorare le mie competenze trasversali-manageriali. / Meines Erachtens sind die vom Betrieb angebotenen Weiterbildungen zur Verbesserung meiner Führungs- und übergreifenden Kompetenzen angemessen.

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

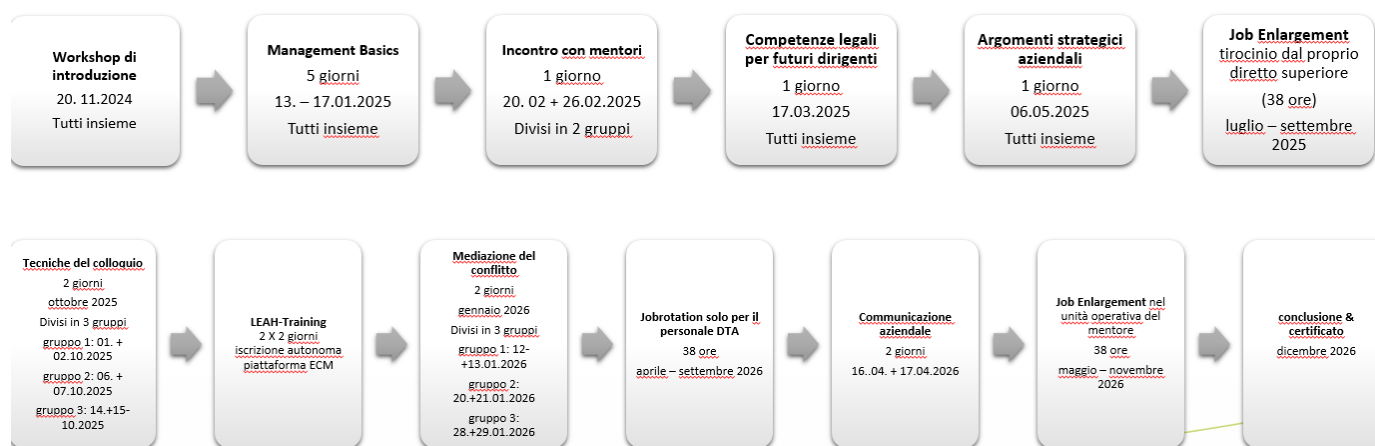
Nel 2024 la Provincia Autonoma di Bolzano ha condotto il corso PNRR per migliorare le competenze di gestione dei dirigenti del servizio sanitario. Lo sviluppo del personale ha fornito principalmente supporto contenutistico e amministrativo per facilitare la partecipazione. Anche nella comunicazione con 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 identificati 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.

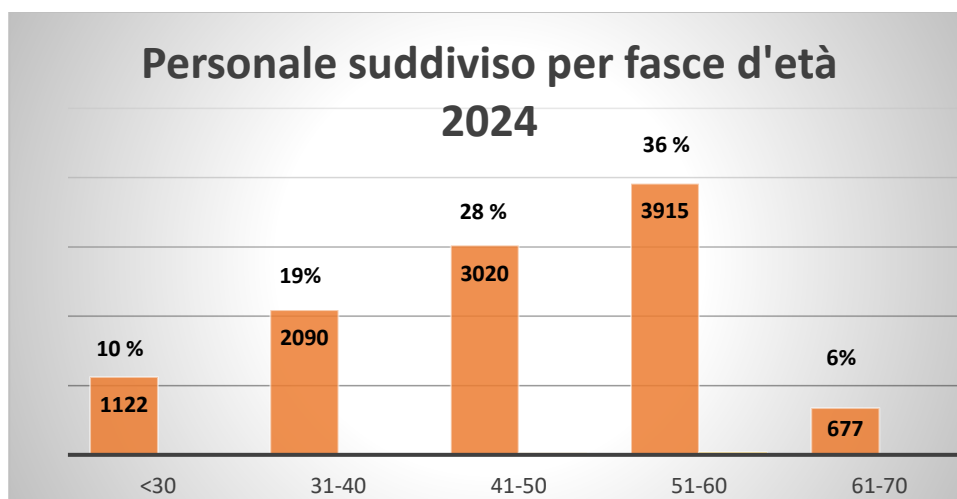
7.1 Analisi dei dati sul personale e monitoraggio

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.



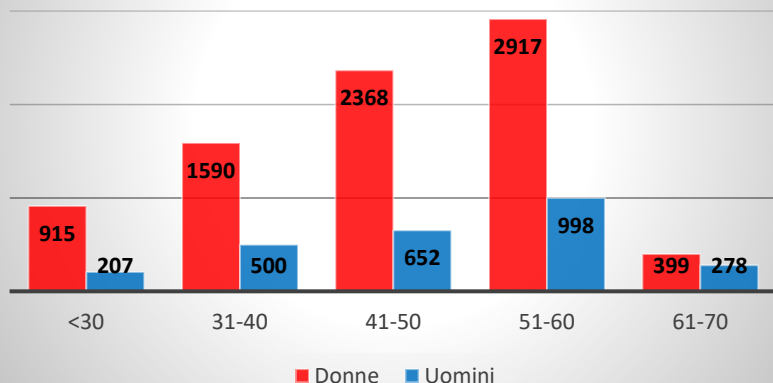
Rappresentazione degli occupati per fasce d'età 2024



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

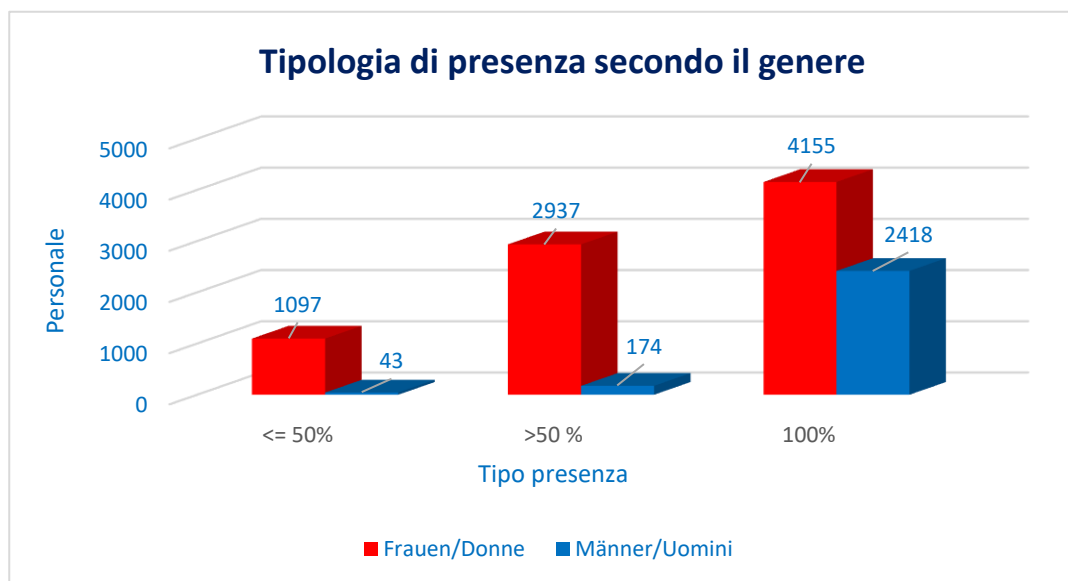
Tipo di presenza	Nr. dipendenti
Part-time <=50%	1.140
Part-time >50%	3.111
Tempo pieno	6.573
Totale	10.824



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

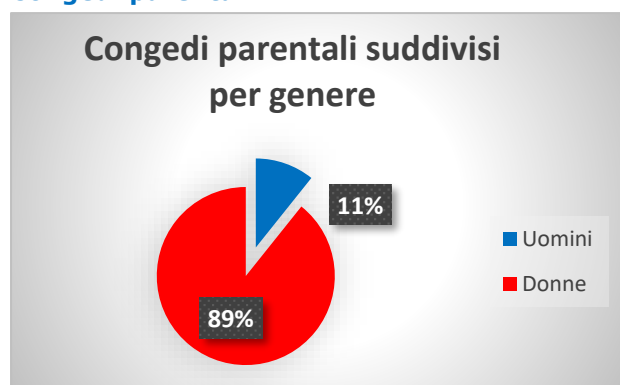
TIPO MISURA CONCILIAZIONE	DONNE	UOMINI	TOTALE
Personale Part-time	4.034	217	4.251
Personale che fruisce di lavoro agile	178	71	249
Personale che fruisce del telelavoro	8	2	10
Totale	4.220	290	4.510

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.

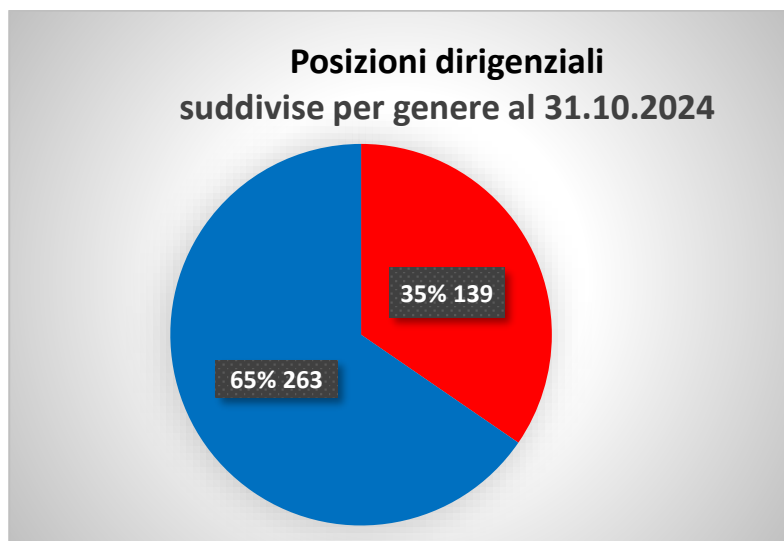
Le elaborazioni seguenti fanno riferimento a dati aggiornati al 31.10.2024:

Congedi parentali



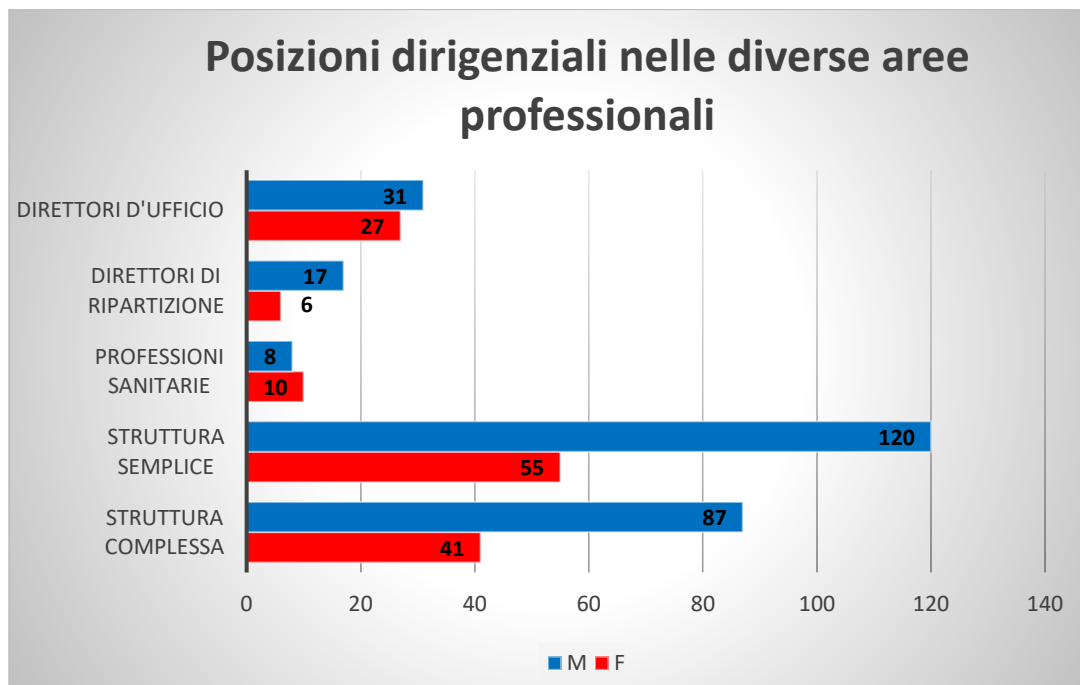
I congedi parentali vengono usufruiti prevalentemente dalle donne (89%) come indica chiaramente il grafico a fianco.

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"

AUTONOME PROVINZ
BOZEN – SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA
DI BOLZANO – ALTO ADIGE

PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Azienda Sanitera de Sudtirol

Performance-Bericht 2024

Inhaltsverzeichnis

Prämisse	2
1 Zweck	2
2 Inhalte	3
2.1 Einige Indikatoren zu den Leistungen, der Performance und den Ressourcen des Sanitätsbetriebs 2019-2024	3
2.2 Messung und Bewertung der Erreichung der Ziele des Jahrestätigkeits-programms 2024.....	25
3 Korruptionsvorbeugung und Transparenz.....	26
3.1 Verantwortlicher für Korruptionsvorbeugung und Transparenz und Bewertung der Tätigkeiten .	26
3.2 Transparenz	32
4 Wirtschafts- und Finanzbericht für den Dreijahreszeit-raum 2024-2026.....	33
5 Patientenzufriedenheit und wahrgenommene Qualität im Südtiroler Sanitätsbetrieb	35
5.1 Wahrgenommene Qualität	35
5.2 Beschwerden und Meldungen	36
6 Mitarbeiterbefragung im Südtiroler Sanitätsbetrieb.....	39
7 Einheitliches Garantiekomitee für Chancengleichheit, die Aufwertung des Wohlbefindens der Bediensteten und gegen Diskriminierungen	49
7.1 Analyse der Daten zum Personal und Monitoring	49
7.2 Positive Aktionen und Projekte	53
7.3 Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit.....	54
8 Externe und interne Kommunikation	54
9 Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement).....	56

Anlage „Bericht zu den Zielen des Jahrestätigkeitsprogramms 2024“

Prämisse

Der vorliegende Bericht veranschaulicht die Verwirklichung für das Jahr 2023 der im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP), sowie im Jahrestätigkeitsprogramm festgelegten Ziele.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 119 vom 30.01.2024 den Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan 2024 – 2026 und mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 1519 vom 27.11.2023 das Jahrestätigkeitsprogramm 2024 verabschiedet.

Es wird als zweckmäßig erachtet, die Berichte zu den verschiedenen Planungsdokumenten, einschließlich einer Reihe von Daten und Indikatoren, die in vereinfachter und aggregierter Form dargestellt werden, in einem einzigen Dokument zusammenzufassen, um die Funktion einer angemessenen Kommunikation mit den Bürgern und allen weiteren internen und externen Interessengruppen durch eine gestraffte und verständliche Form zu erfüllen.

Der Bericht folgt den Leitlinien, die in der aktuellen Fassung von Titel II des Gesetzesdekrets Nr. 150 vom 27. Oktober 2009 über die „Messung, Bewertung und Transparenz der Performance“ festgelegt sind und den Bestimmungen des Art. 9-ter des LG 14 vom 5.11.2001 über die Berichterstattung der Erreichung der im Jahrestätigkeitsprogramm, sowie im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans festgelegten Ziele.

Dieser Performancebericht wird auch auf der Website des Betriebes (www.sabes.it) im Sektor „Transparente Verwaltung“, unter „Performance/Performancebericht“, veröffentlicht und kann von dort heruntergeladen werden.

1 Zweck

Die Performance ist jener Beitrag, den ein Unternehmen über die eigene Tätigkeit und in Hinblick auf die Erreichung der Ziele, für welches es gegründet wurde, erbringt. Seine Bemessung und Bewertung – des Südtiroler Sanitätsbetriebes in seiner Gesamtheit, wie auch seiner Organisationseinheiten sowie auch der einzelnen Mitarbeiter – dient der Verbesserung der Qualität der angebotenen Dienste sowie dem Ausbau der Fachkompetenzen.

Der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) – programmatisches Dreijahresdokument – der durch Artikel 6 des Gesetzesdekrets Nr. 80 vom 9. Juni 2021 eingeführt und durch das Gesetz Nr. 113 vom 6. August 2021 umgewandelt wurde, ist das Instrument, das den Performancezyklus, in Kohärenz mit den zugewiesenen Ressourcen, den Zielvorgaben und Indikatoren und bildet die Basis für die spätere Bewertung und Abschlussberichterlegung der Performance.

In Beachtung der Vorgaben gemäß Absatz II des G.v.D. Nr. 150 vom 27. Oktober 2009, und wie durch das G.v.D. vom 1. August 2011, n. 141 und durch das G.v.D. vom 25. Mai 2017, n.74, ergänzt und abgeändert, entwickelt der Südtiroler Sanitätsbetrieb seinen Performancezyklus in Kohärenz mit den Inhalten der finanztechnischen Programmierung und der Bilanz.

Der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) und der Allgemeine Dreijahresplan, der laut Landesgesetzgebung in Art. 2 Abs. 2 und 4 des LG 14/2001 (in der Fassung des LG vom 24. September 2019, Nr. 8) vorgesehen ist, die dieselben Ziele verfolgen, werden in einem einzigen Dokument erstellt (Dekret der Gesundheitsabteilung der Autonomen Provinz Bozen Nr. 590/2019).

Der Performancezyklus beginnt mit der Definition der Zielsetzungen, die sich der Betrieb für den Drei-Jahres-Zeitraum in Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan vornimmt, und überträgt dem Jahrestätigkeitsprogramm die, laut Artikel 3 und 4, des G.v.D. Nr. 150 vom 27. Oktober 2009, vorgesehene Zielzuteilung, Messung und Überprüfung der Performance der operativen Einheiten und der einzelnen Mitarbeiter, für das erste Jahr des Drei-Jahres-Zeitraums.

Im Laufe des Jahres wurde ein Zwischenmonitoring durchgeführt, um, soweit möglich, die Fortschritte bei der Umsetzung der Ziele und die Einleitung von notwendigen Korrekturmaßnahmen zu überprüfen.

Die Verabschiedung des Performanceberichts für das Jahr 2024 schließt den Performancezyklus des Südtiroler Sanitätsbetriebes ab und ist auch ein Instrument zur Verbesserung der Führung, mit dem der Betrieb die Ziele und Ressourcen unter Berücksichtigung der im Vorjahr erzielten Ergebnisse neu planen und das Funktionieren des Performancezyklus schrittweise verbessern kann.

2 Inhalte

Der Performancebericht veranschaulicht - neben anderen Themen - die wichtigsten Ergebnisse auf Betriebsebene im Hinblick auf die effektive Erreichung der strategischen Unternehmensziele (Unternehmensleistung). Zu diesem Zweck werden in Kapitel 2.1 einige Leistungsdaten und die wichtigsten Indikatoren zur Darstellung des erreichten Grads an Angemessenheit, klinischer Qualität und Effizienz aufgeführt. Darüber hinaus werden in diesem Kapitel auch die Produktionspläne dargelegt.

Die Messung und Bewertung der Erreichung der Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms 2024 - sowohl auf Betriebsebene als auch auf der Ebene der Organisationseinheiten und der einzelnen Mitarbeiter - wird in Kapitel 2.2 beschrieben. In der Liste der Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms werden die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Indikatoren zur Messung und Bewertung der Performance erläutert.

2.1 Einige Indikatoren zu den Leistungen, der Performance und den Ressourcen des Sanitätsbetriebs 2019-2024

GESUNDHEITZUSTAND UND LEBENSERWARTUNG DER BEVÖLKERUNG

Verschiedene Indikatoren aus dem Gesundheitsbericht der Autonomen Provinz Bozen 2023

Von mindestens einer chronischen Krankheit betroffene Bevölkerung: 31,2%

Durchschnittsalter der chronisch Kranken: 63,1 Jahre

Lebenserwartung bei der Geburt: Männer 82 Jahre

Lebenserwartung bei der Geburt Frauen: 86,2 Jahre

Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Männer 715,1 pro 100.000

Sterblichkeitsrate aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems – Frauen 577,1 pro 100.000

Psychische Störungen: Prävalenz der von den Zentren für Geistige Gesundheit betreuten Patienten: 22,2 pro 1.000 Personen

Aufbau und Lebenserwartung der Bevölkerung

Der Altersindex liegt bei 136,1 Senioren (65 Jahre und darüber) auf 100 Kinder (zwischen 0 und 14 Jahren). Dieser Index ist in den letzten Jahren um 9 Punkte gestiegen, wobei der Index für die Frauen (155,1%) höher liegt als für die Männer (118,2%). Der Index auf Provinzebene liegt jedoch weiterhin deutlich unter dem auf Staatsebene, der bei 193,1% liegt.

Altersindex per Wohnsitz-Gesundheitsbezirk

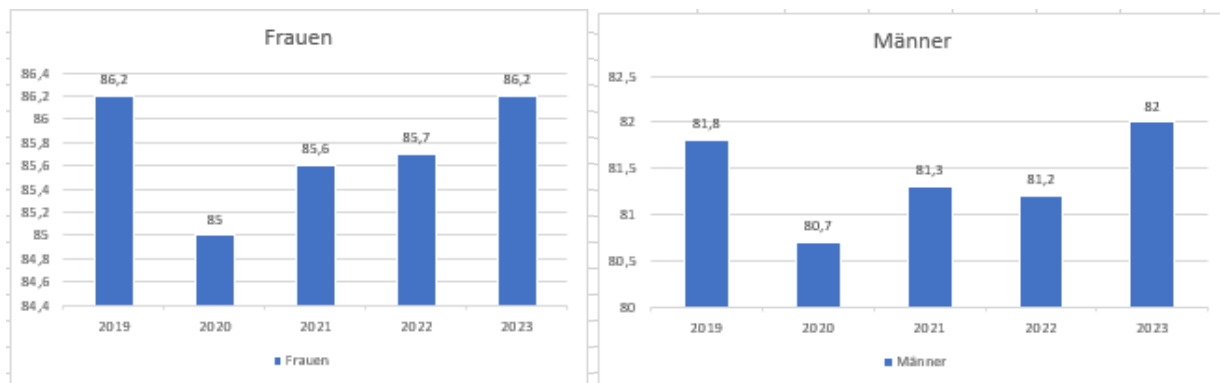


Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Der Index für Strukturabhängigkeit – also das Verhältnis zwischen den Bürgern in nicht aktivem Alter (0-14 Jahre und 65 Jahre und darüber) und der aktiven Bevölkerung (15-64 Jahre), multipliziert mit 100 ergibt 55,6% und ist unter den Frauen höher (59,2%), als bei den Männern (52%). Im Vergleich zum staatsweiten Index, der bei 57,4% liegt, weisen die Daten des Landes Südtirol eine nachhaltigere Bevölkerungsstruktur auf.

Der durchschnittliche Männlichkeitsindex liegt bei 98,4 Männer pro 100 Frauen. Das durchschnittliche Alter der Bevölkerung liegt bei 43,2 Jahren (42 bei den Männern und 44,4 bei den Frauen) und ist somit um 0,6 Jahre im letzten Fünfjahresabschnitt gestiegen.

Die Lebenserwartung liegt bei der Geburt bei 82 Jahren für die Männer und bei 86,2 für die Frauen, was deutlich höher ist als der nationale Durchschnitt (81,1 für die Männer und 85,2 für die Frauen). Die Lebenserwartung ist nach der Covid – 19 Pandemie, in der sie gesunken war, wieder angestiegen.



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeitsrate gilt als ein besonders signifikanter Indikator für das Gesundheitsniveau einer Bevölkerung, da sie nicht nur das Gesundheitsniveau des Kindes (und folglich das der Mutter sowie die Qualität der Mutter-Kind-Versorgung) misst, sondern auch das allgemeine Niveau des sozioökonomischen Wohlstands und der Entwicklung des betreffenden Landes.



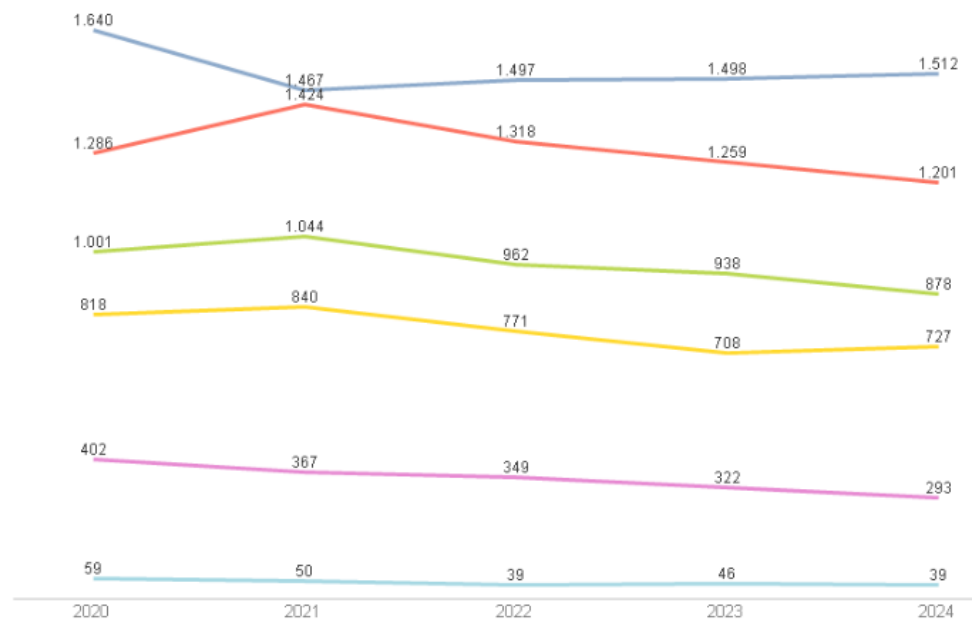
Regioni/PA	Valutazione
Friuli Venezia Giulia	3,90
Lombardia	4,82
PA Bolzano	3,05
Toscana	4,35
Umbria	3,48
Veneto	3,77

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Neugeborene je Geburtsabteilung

Geburtsabteilung

Bozen
Meran
Brixen
Bruneck
Schlanders
Zu Hause



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

LEISTUNGEN

ORDENTLICHE AUFENTHALTE

Ein wichtiger Indikator für den Südtiroler Sanitätsbetrieb ist die Anzahl der ordentlichen Aufenthalte in den Krankenhäusern. Die ordentlichen stationären Aufnahmen in den öffentlichen Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebes sind im Covid-Zeitraum stark zurückgegangen. Nach Abschluss des Covid-Notstands konnten geplante Eingriffe wieder vermehrt durchgeführt werden und somit ist auch die Anzahl der stationären Aufnahmen wieder angestiegen. Der Wert des Jahres 2024 liegt allerdings noch unter dem Wert des Jahres 2019. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist über den gesamten Zeitraum kontinuierlich gesunken.

Ordentliche Aufenthalte – Anzahl

Krankenhaus	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Krankenhaus Bozen	24.413	20.943	21.495	21.818	22.497	22.396
Krankenhaus Meran	12.764	10.948	11.210	11.543	11.758	11.841
Krankenhaus Brixen	9.778	8.228	8.396	8.803	9.402	9.999
Krankenhaus Bruneck	8.857	7.089	7.029	7.732	7.907	8.156
Krankenhaus Sterzing	3.404	2.960	2.953	2.925	2.590	2.593
Krankenhaus Innichen	1.993	1.674	1.752	1.846	1.903	2.107
Krankenhaus Schlanders	1.734	1.320	1.458	1.786	1.920	1.959
Gesamt	62.943	53.162	54.293	56.453	57.977	59.051

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Ordentliche Aufenthalte – Durchschnittliche Aufenthaltsdauer

Krankenhaus	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Krankenhaus Bozen	7,15	7,13	7,19	7,15	7,13	7,22
Krankenhaus Meran	6,76	6,45	6,25	6,27	6,35	6,49
Krankenhaus Brixen	5,43	5,5	5,5	5,25	5,05	5,02
Krankenhaus Bruneck	5,77	5,58	5,44	5,16	5,06	5,11
Krankenhaus Sterzing	6,41	6,55	6,57	6,26	6,1	5,92
Krankenhaus Innichen	5,25	5,44	5,12	4,83	4,71	4,91
Krankenhaus Schlanders	6,17	6,11	6,28	5,78	5,45	5,35
Gesamt	6,48	6,42	6,38	6,24	6,17	6,21

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

FACHÄRZTLICHE AMBULANTE LEISTUNGEN

Die fachärztlichen ambulanten Leistungen sind im Corona-Zeitraum eingebrochen und liegen im Jahr 2024 über dem Vor-Corona Niveau.

Fachärztliche ambulante Leistungen - Anzahl

Anzahl der Leistungen nach leistungserbringendem Gesundheitsbezirk

Leistungserbringender Gesundheitsbezirk	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bozen	3.571.030	2.713.904	2.975.989	3.192.405	3.636.183	4.039.366
Meran	2.411.163	1.758.872	2.091.597	2.219.815	2.398.087	2.120.202
Brixen	1.321.627	1.141.364	1.386.363	1.407.382	1.449.853	1.466.311
Bruneck	1.514.624	1.230.267	1.505.371	1.622.474	1.742.658	1.633.203
Gesamt	8.818.444	6.844.407	7.959.320	8.442.076	9.226.781	9.259.082

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Anzahl der Erstvisiten (Kodex 89.7) und Kontrollvisiten (Kodex 89.01)

Leistungserbringender Gesundheitsbezirk	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bozen	335.754	244.520	261.725	273.572	318.979	339.649
Meran	260.527	162.841	197.432	211.865	221.018	207.818
Brixen	156.472	122.729	148.890	159.012	164.715	165.285
Bruneck	155.037	115.540	132.770	151.756	164.813	152.696
Gesamt	907.790	645.630	740.817	796.205	869.525	865.448

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Zugänge Notaufnahme

Krankenanstalt	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Bozen	76.839	63.946	70.425	83.136	91.371	94.405
Meran	68.616	46.237	53.458	66.341	65.176	60.892
Brixen	37.516	26.959	28.710	35.499	37.705	39.299
Bruneck	38.489	25.319	25.990	35.849	41.345	43.774
Sterzing	12.110	8.940	8.330	11.084	10.581	11.339
Innichen	14.575	9.397	9.099	13.104	14.697	15.344
Schlanders	19.384	13.907	15.814	20.704	20.299	20.369
Gesamt	267.493	194.705	211.826	265.717	281.174	285.422

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Diabetes

Während die Anzahl der diagnostizierten Diabetiker im Steigen ist, nimmt die Hospitalisierungsrate für Diabetes-Patienten kontinuierlich ab.

Diagnosen	2017	2018	2019	2020	2021
Diabetes Typ 1	1.215	1.276	1.337	1.370	1.441
Diabetes Typ 2	20.889	20.838	21.074	21.067	21.350
Andere Formen von Diabetes	344	343	395	434	497
Gesamt	22.448	22.457	22.806	22.871	23.288

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Hospitalisierung für Diabetes – Standardisierte Rate (pro 100.000 Einwohner)

Wohnbezirk	2017	2018	2019	2020	2021
Bozen	51,61	57,55	53,05	34,87	31,13
Meran	90,42	88,39	69,39	72,33	51,83
Brixen	77,54	67,61	98,56	73,05	78,76
Bruneck	60,96	59,68	48,38	42,53	36,57
Gesamt	66,61	67,00	62,70	51,06	43,71

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Schenkelhalsbrüche

Der Anteil, der innerhalb von 2 Tagen nach der Aufnahme operierten Schenkelhalsbrüche hat über den analysierten Zeitraum kontinuierlich zugenommen und liegt im italienischen Spitzenfeld. Für das Jahr 2023 wurde eine neue Berechnungsmethode angewandt, deshalb sind die Prozentsätze für alle Regionen etwas zurückgegangen.

Nuovo Sistema di Garanzia – Ergebnisse des Krankenhausbereichs	Durchschnittswert Italien	Durchschnittswert SABES (Private inbegriffen)
H13C – Prozentsatz der Patienten (Alter 65+) mit Diagnose Schenkelhalsfraktur im ordentlichen Aufenthalt, innerhalb von 2 Tagen operiert.	61,2	82,3

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

Anteil der innerhalb von 2 Tagen nach der Aufnahme operierten Schenkelhalsbrüche

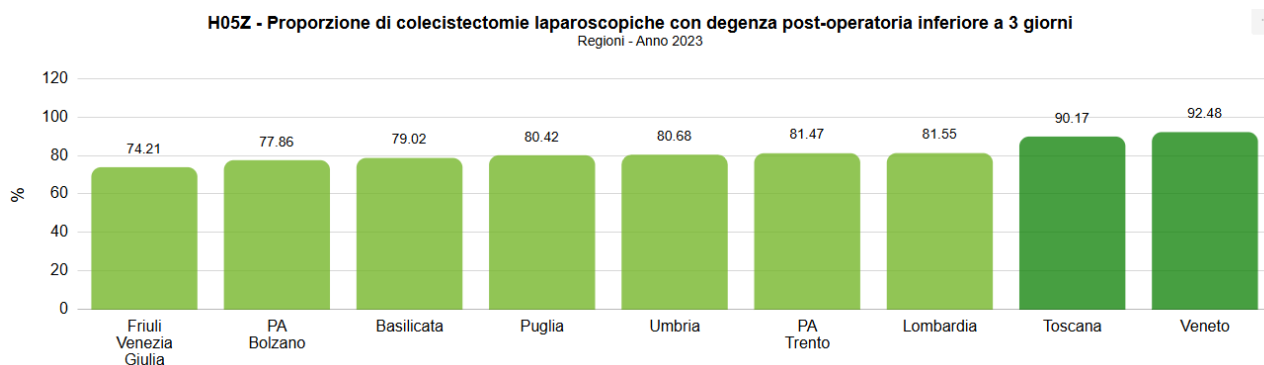
Krankenhaus	2019	2020	2021	2022	2023
Krankenhaus Bozen	70,06	70,03	74,46	79,42	75,50
Krankenhaus Meran	73,08	77,93	86,41	87,20	83,19
Krankenhaus Brixen	96,24	93,51	92,42	93,29	84,56
Krankenhaus Bruneck	91,38	89,86	84,27	86,03	89,12
Krankenhaus Sterzing	100,00	100,00	100,00	96,77	100,00
Krankenhaus Innichen	89,47	89,29	92,86	95,92	94,55
Krankenhaus Schlanders	80,43	80,65	96,88	95,45	81,82
Gesamt	81,30	81,07	83,49	86,03	82,57

Datenquelle: BSB – Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung

Cholezystektomie

Beim Anteil der laparoskopischen Eingriffe mit stationärem Aufenthalt von weniger als 3 Tagen liegt der Südtiroler Sanitätsbetrieb über dem staatlichen Mittelwert.

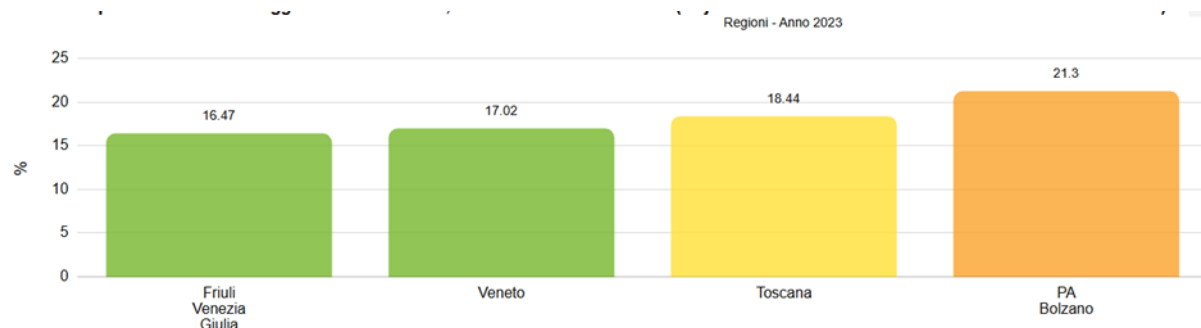
H05Z – Anteil der laparoskopischen Eingriffe mit stationärem Aufenthalt von weniger als 3 Tagen



Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Ictus/Schlaganfall

Die Prognose des Patienten, der einen ischämischen Schlaganfall überlebt hat, hängt sowohl von der Qualität der akuten stationären Behandlung als auch von der Qualität des anschließenden Behandlungsverlaufs ab, der ein angemessenes Rehabilitations- und sekundäres Präventionsprogramm umfasst, das darauf abzielt, das Auftreten von nachfolgenden kardiovaskulären oder zerebrovaskulären Ereignissen zu verhindern. Nur 25 % der Fälle von ischämischem Schlaganfall heilen vollständig. Die Rate schwerer Rückfälle oder Todesfälle im ersten Jahr liegt bei 30-40 % und wird stark vom Alter und dem Vorhandensein von Begleiterkrankungen beeinflusst. Das Auftreten schwerwiegender zerebrovaskulärer oder kardiovaskulärer Ereignisse innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis kann als Indikator für die Gesamtqualität des gesamten stationären und ambulanten Behandlungspfades betrachtet werden.

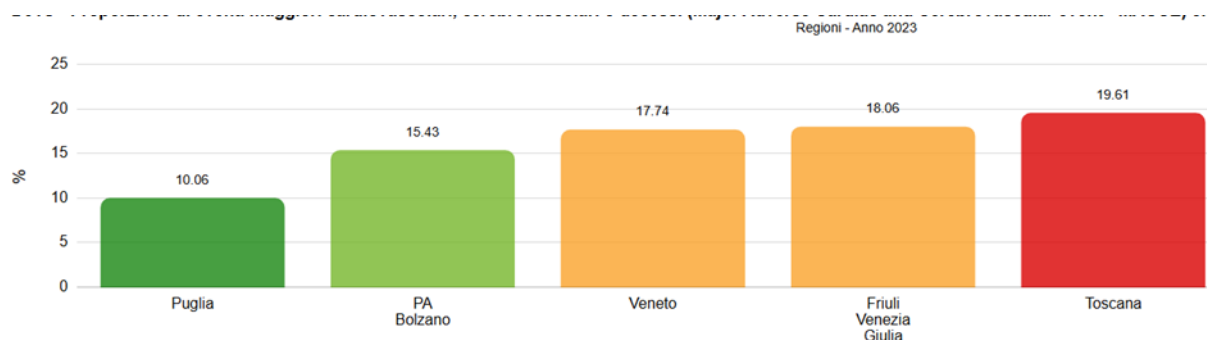


Anzahl der stationären Aufenthalte mit der Hauptdiagnose ischämischer Schlaganfall, bei denen innerhalb von 12 Monaten ab dem Entlassungsdatum des ursprünglichen Aufenthalts ein schwerwiegendes kardiovaskuläres oder zerebrovaskuläres Ereignis (MACCE) eintritt.

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Herzinfarkt

Die Versorgung von Patienten nach einer stationären Aufnahme wegen eines akuten Myokardinfarkts erfordert die Einrichtung eines Programms zur sekundären Prävention, das diätetische Empfehlungen, Änderungen des Lebensstils und die Festlegung einer angemessenen medikamentösen Strategie umfassen muss, um das Auftreten von nachfolgenden kardiovaskulären oder zerebrovaskulären Ereignissen zu verhindern. Das Programm sollte während des Krankenhausaufenthalts eingerichtet und dem Hausarzt übermittelt werden, damit die Patienten es unbegrenzt befolgen können. Das Auftreten schwerer zerebrovaskulärer oder kardiovaskulärer Ereignisse innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis kann als Proxy für die Gesamtqualität des gesamten Krankenhaus- und Versorgungsprozesses angesehen werden.



Anzahl der Episoden von IMA, bei denen innerhalb von 12 Monaten nach dem Entlassungsdatum des Indexaufenthalts ein schwerwiegendes kardiovaskuläres oder zerebrovaskuläres Ereignis aus allen Ursachen (MACCE) eintritt.

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Anzahl an Eingriffen bei bösartigen Prostatatumoren

Der Indikator wird bewertet auf Grundlage des Durchschnitts der Punktzahlen der folgenden Unterindikatoren:

C10.1.1: Prozentsatz der Krankenhausaufenthalte über der Schwelle für chirurgische Eingriffe bei bösartigen Prostatatumoren;

C10.1.2: Streuungsindex der Fälle in Abteilungen unter der Schwelle für chirurgische Eingriffe bei bösartigen Prostatatumoren.

Die minimale Schwelle für das Volumen der Aktivität beträgt 50 Erstinterventionen pro Jahr für komplexe Strukturen.



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

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Brustkrebs

Der Indikator C10.2 - Brustkrebsweg wird durch den Durchschnitt der Punkte der folgenden Unterindikatoren bestimmt: - C10.2.1 Prozentsatz der brusterhaltenden Eingriffe oder nipple/skin sparing Operationen bei malignen Brusttumoren- C10.2.2 Prozentsatz der Frauen, die die Sentinel-Lymphknotenentfernung gleichzeitig mit dem Krankenhausaufenthalt wegen Brustkrebs durchführen- H03C Anteil an neuen Resektionsoperationen innerhalb von 120 Tagen nach einer brusterhaltenden Operation bei malignen Brusttumoren- C10.2.5 Verabreichung der adjuvanten Chemotherapie innerhalb von 60 Tagen nach einer Brusttumoroperation- C10.2.6 Prozentsatz der Frauen mit einer mammografischen Nachsorge zwischen 6 und 18 Monaten nach der Brustoperation- PDTA06.1 Zeitnähe des chirurgischen Eingriffs von der Diagnose (PDTA Brust)- PDTA06.2 Zeitnähe des Beginns der medizinischen Therapie (PDTA Brust)- PDTA06.3 Ergänzende Strahlentherapie (PDTA Brust)



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

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

Palliative Betreuung

Der Indikator wird als gewichteter Durchschnitt der Punktzahlen der folgenden Indikatoren berechnet: - D30Z Anzahl verstorbener Personen an Krebs, die von der Palliativversorgung betreut wurden, im Verhältnis zur Gesamtzahl der an Krebs Verstorbenen (Gewicht: 55%)- C28.2b Prozentsatz der Hospizaufenthalte von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, bei denen die maximale Wartezeit zwischen Meldung und Aufnahme ins Hospiz kleiner oder gleich 3 Tage ist (Gewicht: 15%)- C28.3 Prozentsatz der Hospizaufenthalte von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, bei denen der Aufenthalt 30 Tage oder länger beträgt (Gewicht: 15%)- D32Z Anzahl der Hospizaufenthalte von Patienten mit onkologischen Erkrankungen, die aus einem Krankenhausaufenthalt oder von einer nicht betreuten häuslichen Umgebung kommen, bei denen der Aufenthalt im Hospiz kleiner oder gleich 7 Tage ist im Verhältnis zur Anzahl der Hospizaufenthalte von Patienten mit onkologischen Erkrankungen (Gewicht: 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

Datenquelle: Sant Anna Pisa - Sistema di Valutazione delle Performance dei Sistemi Sanitari Regionali – Jahr 2023

PRODUKTIONSPLAN 2024 MIT BERICHT

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 Ricoveri 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) Ricoveri per riabilitazione (codice 56.00 e 75.00)	46	152		48	246	2.620	2.866
Aufnahmen für Postakute Langzeitpflege (Kodex 60.00) Rioveri 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							

ANKAUF VON LEISTUNGEN VON PRIVATANBIETERN IN EURO

		Obergrenze 2024	Brutto	Ticket	Netto
FACHÄRZTLICHE AMBULANTE LEISTUNGEN		18.323.335,00 €	15.448.796,65 €	2.059.572,86 €	10.638.556,06 €
ORDENTLICHE STATIONÄRE AUFENTHALTE		38.317.998,52 €	37.128.771,39 €	0,00 €	36.786.080,98 €
FACHARZTLEISTUNGEN AUF DEM TERRITORIUM		11.830.900,00 €	11.725.628,00 €	318.370,94 €	1.680.866,62 €
AUFNAHMEN IN TERRITORIALEN EINRICHTUGNEN		10.972.964,65 €	8.654.174,93 €	226.393,51 €	3.166.242,55 €
SOZIO-SANITÄRE AUFENTHALTE		3.420.000,00 €	2.908.459,59 €	166.905,97 €	651.052,91 €
VORBEUGUNG		1.619.633,00 €	1.595.507,27 €	194.343,96 €	1.436.787,20 €
GESAMT PRODUKTIONSPLAN		84.484.831,17 €	77.461.337,52 €	2.965.587,24 €	54.359.586,32 €

Datenquelle: Buchhaltung SABES und Software zur Verrechnung der fachärztlichen ambulanten Leistungen

HUMANRESSOURCEN

Die Humanressourcen stellen innerhalb jeder Organisation ein strategisches und entscheidendes Element für die Erreichung der Unternehmensziele dar, erst recht im Kontext eines Sanitätsbetriebes, der Dienstleistungen am Menschen erbringt.

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb ist die Anzahl der vollzeitäquivalenten Mitarbeiter vom Jahr 2020 auf das Jahr 2024 um ca. 2% angestiegen.

Personalressourcen

ANZAHL MITARBEITER VOLLZEITÄQUIVALENT (FTE) ZUM 31.12. JEDEN JAHRES

Berufsgruppe	2020	2021	2022	2023	2024
Ärztliches Personal	1.436,40	1.529,40	1.429,70	1.391,30	1.358,70
Medizinisches Personal in Ausbildung	111,1	139,2	142,9	183,9	205,4
Sonstige Akademiker	240,1	260,5	265,3	264,9	279,7
Pflegekräfte	3.311,30	3.410,60	3.196,30	3.234,80	3.277,20
Technische Berufsbilder	1.071,80	1.087,30	1.013,90	1.063,00	1.074,30
Hilfskräfte	604,6	592,8	537,4	510,4	480,1
Sozio-sanitäre Hilfskräfte	609,1	635	623,2	639,8	646,3
Verwaltung	1.083,10	1.279,80	1.168,20	1.197,50	1.243,10
Sonstige	608,3	651,5	635,1	678	703
Nicht definiert	0		0		
Total	9.075,60	9.585,90	9.012,00	9.163,70	9.267,60

Datenquelle: Datenbank SABES – Standard-Vollzeitäquivalente

GELEISTETE ARBEITSSTUNDEN IM SABES

Berufsgruppe	2020	2021	2022	2023	2024
Ärztliches Personal	2.316.876	2.466.989	2.306.112	2.244.211	2.191.492
Medizinisches Personal in Ausbildung	179.131	224.428	230.543	296.701	331.303
Sonstige Akademiker	395.681	429.342	437.324	436.597	460.902
Pflegekräfte	4.894.015	5.040.802	4.724.177	4.780.914	4.843.633
Technische Berufsbilder	1.630.309	1.653.750	1.542.112	1.616.773	1.633.932
Hilfskräfte	911.695	893.861	810.414	769.707	723.999
Sozio-sanitäre Hilfskräfte	918.439	957.579	939.777	964.882	974.709
Verwaltung	1.651.673	1.951.605	1.781.399	1.826.153	1.895.701
Sonstige	931.823	998.150	972.969	1.038.729	1.076.921
Nicht zu berücksichtigen	425	380		83.348	
Nicht definiert	2.233	8.066	4.995	15.006	
Total	13.832.301	14.624.952	13.749.822	14.073.021	14.132.591

Datenquelle: Datenbank SABES

MATERIALVERBRAUCH

Der Anstieg der geleisteten Arbeitsstunden, bedingt durch die ständig steigende Notwendigkeit an Pflege, schlägt sich auch im Materialverbrauch nieder, wie man aus folgender Tabelle für den Bereich der Pharmaka und der Nicht-sanitären Güter ablesen kann. Im Bereich der sanitären Güter hatten wir im Zeitraum 2020-2022 außergewöhnlich hohe Konsumwerte beim diagnostischen Material für die Covid-Tests. Auch hier können wir einen Zuwachs im Jahr 2024 in Vergleich zum Jahr 2023 feststellen.

Materialverbrauch

	2020	2021	2022	2023	2024
Medikamente	92.814.247 €	106.452.116 €	117.495.010 €	126.749.451 €	144.135.814 €
Sanitäre Güter	105.063.337 €	123.199.314 €	108.048.281 €	97.005.986 €	101.326.194 €
Nicht sanitäre Güter	13.791.471 €	14.653.360 €	19.760.797 €	18.305.753 €	15.695.343 €
Sonstige Güter und Dienstleistungen	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 €

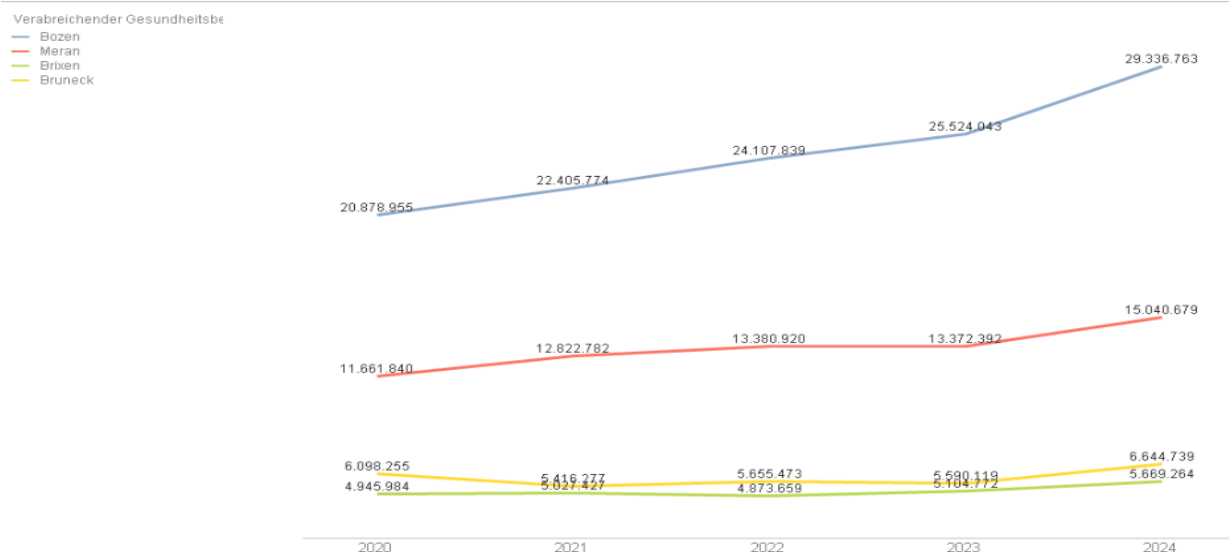
Datenquelle: Datenbank SABES

Vertragsgebundene Pharmazeutik je Gesundheitsbezirk (in Euro)



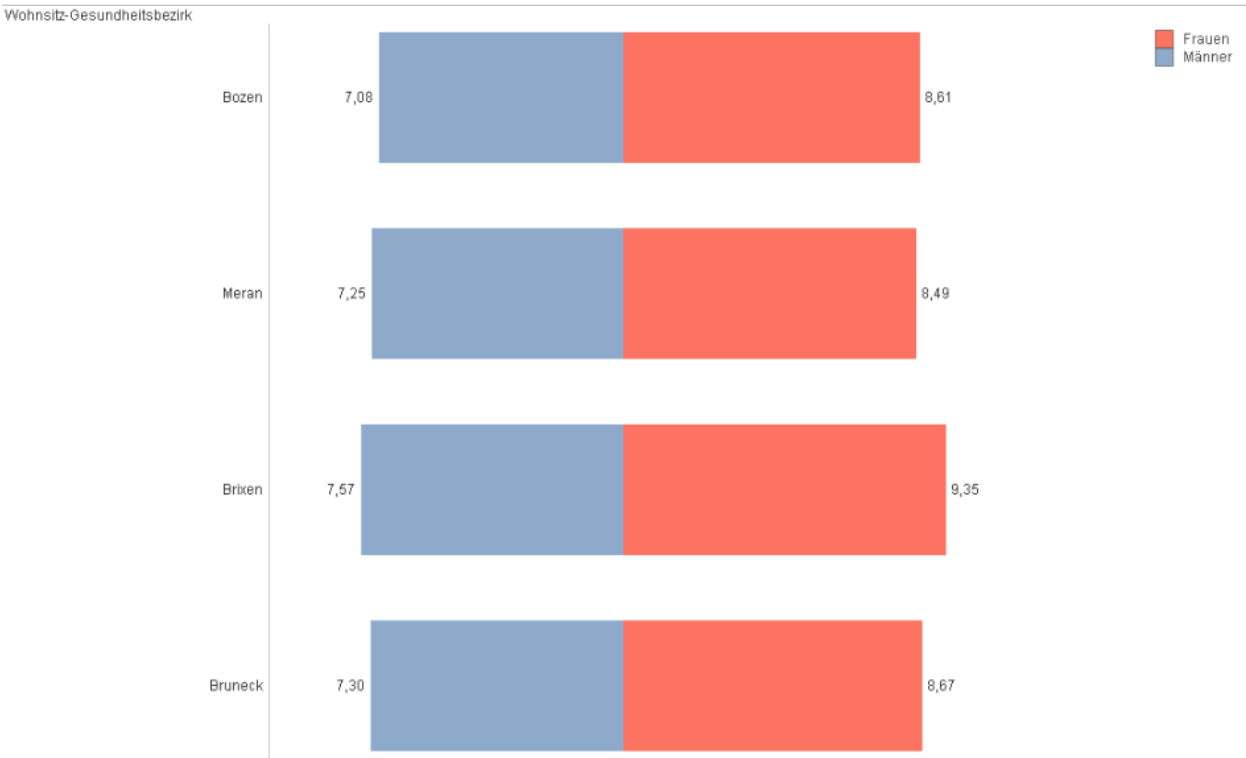
Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Ausgabe für Arzneimittel im Krankenhaus je Gesundheitsbezirk (in Euro)



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Antibiotikaverbrauch je Gesundheitsbezirk – Jahr 2023



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Die folgenden Tabellen zeigen einige Indikatoren, mit dem Vergleich der Performance des Südtiroler Sanitätsbetriebs für das Jahr 2023 im Verhältnis zum gesamtstaatlichen Durchschnitt

Klinischer Bereich: Herz-Kreislaufsystem

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien	Audit
Myokardinfarkt (IMA): Sterblichkeitsrate innerhalb von 30 Tagen (mit klinischen Variablen)	Krankenhaus Bozen	Hoch	335	5.79	7.13	
Akuter Myokardinfarkt: % Behandelte mit PTCA (perkutane transluminale Koronarangioplastie) innerhalb von 90 Minuten	Krankenhaus Bozen	Sehr hoch	251	68.29	56.14	
Klappenplastik oder Herzklappenersatz: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittel	111	1.86	2.21	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittel	329	9.94	9.63	
Reparatur eines nicht rupturierten Bauchortenaneurysmas: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittel	76	2.54	1.49	Si
Myokardinfarkt (IMA): Sterblichkeitsrate innerhalb von 30 Tagen (mit klinischen Variablen)	Krankenhaus Meran	Mittel	92	9.27	7.13	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Hoch	137	7.88	9.63	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Brixen	Mittel	104	13.69	9.63	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Niedrig	107	14.95	9.63	
Herzinsuffizienz: Sterblichkeit innerhalb 30 Tagen	Krankenhaus Schlanders	Hoch	57	7.42	9.63	

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: allgemeine Chirurgie

Indikator: Laparoskopische Cholezystektomie: Krankenhausaufenthalte mit postoperativem Aufenthalt < 3 Tage

Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Krankenhaus Bozen	Hoch	132	78.88	84.74
Krankenhaus Meran	Hoch	99	70.98	84.74
Krankenhaus Brixen	Sehr hoch	71	83.93	84.74
Krankenhaus Bruneck	Sehr hoch	105	81.68	84.74
Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	70	80.70	84.74
Krankenhaus Sterzing	Sehr niedrig	36	-	84.74

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: onkologische Chirurgie

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien	Audit
Neue Resektionseingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei Brust Tumor	Krankenhaus Bozen	Hoch	150	6,73	5.64	
Chirurgischer Eingriff bei Lungen Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Sehr niedrig	168	1.54	0.86	
Chirurgischer Eingriff bei Kolon Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittelo	152	4.13	3.69	
Neue Resektionseingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei Brust Tumor	Krankenhaus Meran	Sehr niedrig	77	18.50	5.64	
Chirurgischer Eingriff bei Kolon Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Sehr niedrig	83	4.61	3.69	
Neue Resektionseingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei Brust Tumor	Krankenhaus Brixen	Sehr niedrig	47	25.15	5.64	Ja
Chirurgischer Eingriff bei Kolon Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Brixen	Sehr niedrig	46	-	3.69	
Neue Resektionseingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei Brust Tumor	Krankenhaus Bruneck	Sehr niedrig	30	20.24	5.64	
Chirurgischer Eingriff bei Kolon Tumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Sehr niedrig	48	-	3.69	

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Schwangerschaft und Geburt

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Bozen	Sehr hoch	1255	13.54	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Bozen	Hoch	944	7.03	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Bozen	Sehr hoch	200	42.65	11.57
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Meran	Sehr hoch	1082	18.75	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Meran	Sehr hoch	853	4.42	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Meran	Mittel	141	21.51	11.57
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Brixen	Hoch	788	19.02	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Brixen	Sehr hoch	611	4.21	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Brixen	Hoch	128	36.26	11.57
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Bruneck	Mittel	605	22.46	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Bruneck	Hoch	435	5.83	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Bruneck	Mittel	99	19.14	11.57
Anteil der Entbindungen nach primärem Kaiserschnitt	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	279	26.61	22.66
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	209	7.87	10.54
Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	44	-	11.57

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Nierenheilkunde

Indikator: Chronisches Nierenversagen: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach Krankenhausaufenthalt

Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Krankenhaus Bozen	Mittel	396	14.15	11.47
Krankenhaus Meran	Sehr hoch	156	10.25	11.47
Krankenhaus Innichen	Sehr hoch	64	5.97	11.47

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Neurologie

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Schlaganfall: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Hoch	312	8.27	9.40
Chirurgischer Eingriff bei Hirntumor: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen nach Kraniektomie	Krankenhaus Bozen	Mittel	279	1.90	2.96
Schlaganfall: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Sehr hoch	78	5.10	9.40
Schlaganfall: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Mittel	52	11.09	9.40

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Atmung

Indikator: Chronisch obstruktive Lungenerkrankung COPD-Rückfälligkeit: Sterblichkeit innerhalb von 30 Tagen

Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien
Krankenhaus Bozen	Mittel	172	11.76	9.55
Krankenhaus Meran	Mittel	103	10.22	9.55
Krankenhaus Bruneck	Niedrig	55	12.19	9.55

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Klinischer Bereich: Osteomuskulär

Indikator	Krankenhaus	Grad des Leistungsneveaus	Anzahl der Fälle	% Adj	% Italien	Audit
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Bozen	Mittel	272	57.02	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Mittel	136	3.43	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bozen	Sehr niedrig	26	-	1.12	
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Meran	Hoch	163	66.27	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Sehr niedrig	107	11.73	3.12	Ja
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Meran	Sehr niedrig	37	-	1.12	
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Brixen	Hoch	76	63.29	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Brixen	Mittel	95	6.05	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Brixen	Sehr hoch	129	2.38	1.12	
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Bruneck	Sehr hoch	98	72.21	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Sehr hoch	131	2.61	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Bruneck	Sehr hoch	71	1.32	1.12	
Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Innichen	Sehr niedrig	31	-	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Innichen	Mittel	184	3.64	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Innichen	Sehr hoch	257	1.97	1.12	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	44	-	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Schlanders	Sehr niedrig	36	2.39	1.12	

Schenkelhalsfraktur: Chirurgischer Eingriff innerhalb von 48 Stunden	Krankenhaus Sterzing	Sehr niedrig	10	-	56.27	
Eingriff Hüftprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Sterzing	Mittel	137	4.00	3.12	
Eingriff Knieprothese: Wiederaufnahmen innerhalb von 30 Tagen	Krankenhaus Sterzing	Sehr hoch	142	2.81	1.12	

Quelle Daten: AGENAS PNE – Daten 2023

Notfallnetzwerk

Bericht: „Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali 2023“ – 25.03.2024

Das Ministerialdekret Nr. 70 vom 2. April 2015 „Verordnung zur Festlegung der qualitativen, strukturellen, technologischen und quantitativen Normen für die Krankenhausversorgung“ sieht vor, dass im Rahmen der Konzeption des Krankenhausnetzes Netzwerke nach Pathologie gegliedert werden müssen, die die akute und postakute Krankenhausaktivität mit der territorialen Aktivität verbinden, insbesondere die Netzwerke für Infarkt, Schlaganfall, Trauma.

3.1.1.2.1 Kardiologie Netzwerk

Im Folgenden werden für jede Region/Autonomie Provinz die Ergebnisse der Antworten zu den Themenbereichen A, B zum Kardiologie Netzwerk und F des Fragebogens (Grundstruktur, Funktionsweise und Einblicke in das kardiologische Notfallnetzwerk), ausgedrückt als synthetischer Wert der spezifischen Bereiche, die von 0 bis 1 reichen.

Tabelle A und Kartographie C identifizieren mit einer proportionalen Farbskala die Regionen/Autonomie Provinzen, die besser (grün) und die weniger gut (rot) abschneiden.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2 Approfondimenti programmatori per Rete

3.1.1.2.1 Approfondimento Rete Cardiologica

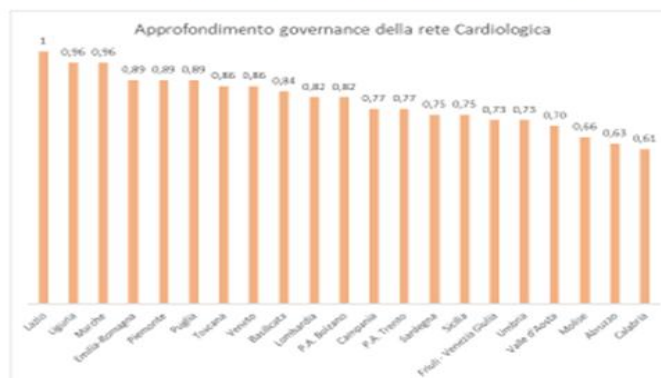
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete cardiologica ed F del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Cardiologica per l'Emergenza*), espressi come valore sintetico delle specifiche aree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

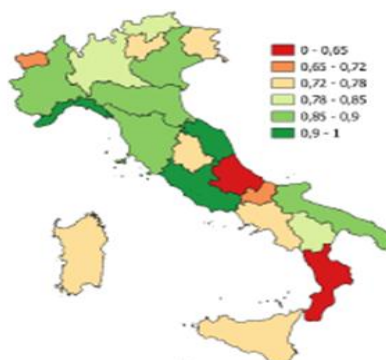


Figura 3. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete cardiologica

3.1.1.2.4 Schlaganfallnetzwerk

Im Folgenden werden für jede Region/Autonome Provinz Behörde die Ergebnisse der Antworten zu den Themenbereichen A, B zum Schlaganfallnetzwerk und E des Fragebogens (Grundstruktur, operative Mechanismen und Einblicke Schlaganfallnetzwerk), ausgedrückt als synthetischer Wert für die jeweiligen Bereiche, der von 0 bis 1 reicht.

Tabelle A und Kartographie C identifizieren mit einer proportionalen Farbskala die Regionen/Autonome Provinzen, die besser (grün) und die weniger gut (rot) abschneiden.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.4 Approfondimento Rete Emergenza-Urgenza

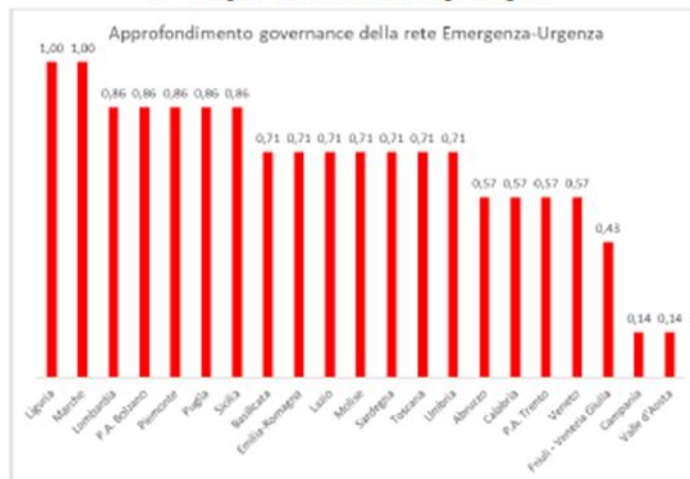
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi*) sulla Rete emergenza-urgenza, espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0 a 1.

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

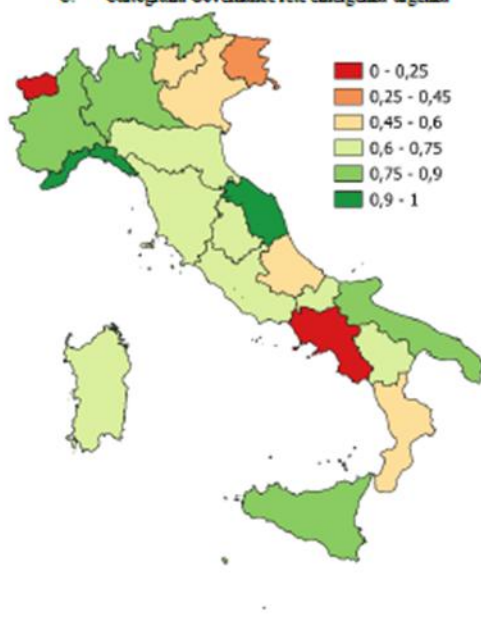


Figura 6. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete emergenza-urgenza

3.1.1.2.3 Traumanetzwerk

Nachfolgend sind die Ergebnisse der Antworten für jede Region/Autonome Provinz zu den Themenbereichen A, B zum Traumanetzwerk und G des Fragebogens (Grundstruktur, operative Mechanismen und Einblicke Traumanetzwerk), ausgedrückt als synthetischer Wert der spezifischen Bereiche, die von 0 bis 1 reichen.

Tabelle A und Kartographie C zeigen mit einer proportionalen Farbskala die die leistungsstärkeren Regionen/Behörden (grün) und die leistungsschwächeren (rot).

Tabelle A und Kartographie C identifizieren mit einer proportionalen Farbskala die Regionen/Autonome Provinzen, die besser (grün) und die weniger gut (rot) abschneiden.

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

3.1.1.2.3 Approfondimento Rete Trauma

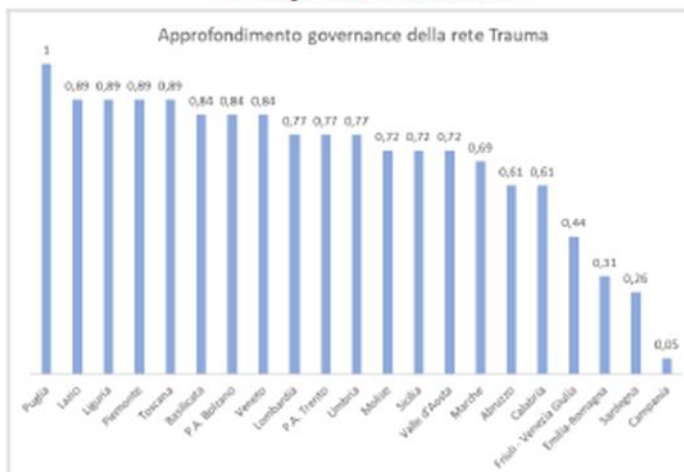
Di seguito si riportano, per ogni Regione/P.A., gli esiti delle risposte fornite per le Aree Tematiche A, B sulla rete trauma e G del Questionario (*Struttura di base, Meccanismi operativi e Approfondimenti Rete Trauma*) espressi come valore sintetico delle specifiche aree considerate che varia da 0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

A. Tabella Governance rete trauma

Regione/ P.A.	Approfondimento governance della rete Trauma
Puglia	1
Lazio	0,89
Liguria	0,89
Piemonte	0,89
Toscana	0,89
Basilicata	0,84
P.A. Bolzano	0,84
Veneto	0,84
Lombardia	0,77
P.A. Trento	0,77
Umbria	0,77
Molise	0,72
Sicilia	0,72
Valle d'Aosta	0,72
Marche	0,69
Abruzzo	0,61
Calabria	0,61
Friuli - Venezia Giulia	0,44
Emilia-Romagna	0,31
Sardegna	0,26
Campania	0,05

B. Istogramma Governance rete trauma



C. Cartografia Governance rete trauma

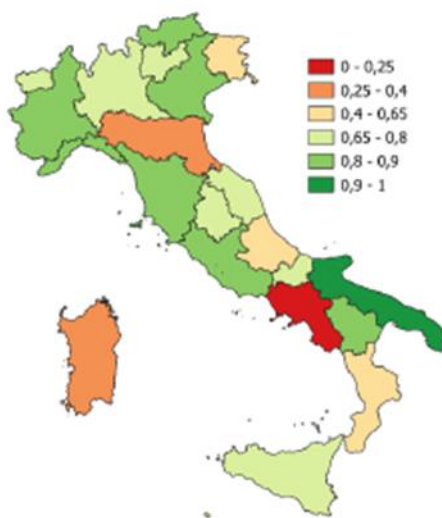


Figura 5. A, B e C: Esiti risposte approfondimento Governance rete trauma

2.2 Messung und Bewertung der Erreichung der Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms 2024

Auch für das Jahr 2024 hat sich der Südtiroler Gesundheitsbetrieb dem Ziel verschrieben, eine hohe Qualität der Gesundheitsversorgung für die Südtiroler Bevölkerung zu gewährleisten, indem sie sektorübergreifende und bedarfsgerechte Leistungen anbietet und dabei die Grundsätze der Effizienz, der Angemessenheit, aber auch der Sicherheit, der Nachhaltigkeit, der Transparenz und des organisatorischen Wohlergehens beachtet, damit die Patienten am „best point of service“ und möglichst wohnortnah versorgt werden.

Die für 2024 festgelegten Jahresziele wurden in die folgenden fünf Makrogruppen eingeteilt.

A. Reorganisation der Dienste, der Prozesse und der Leistungen

Die Ziele in diesem Bereich sind darauf ausgerichtet, die Organisation und die Dienstleistungen zu verbessern und die Befähigung und Beteiligung an strategischen und Managemententscheidungen einer größtmöglichen Anzahl von Mitarbeitern zu fördern, die an der Erbringung von Gesundheits- und Support-Dienstleistungen für Patienten/Bürger beteiligt sind.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist auf die kontinuierliche Verbesserung der Qualität seiner Dienstleistungen und die Erreichung/Aufrechterhaltung hoher Versorgungsstandards ausgerichtet und fördert die Schaffung eines Umfelds, das berufliche Spitzenleistungen begünstigt.

Dies bezieht sich sowohl auf die Definition, Aufrechterhaltung und Überprüfung der klinischen Qualität als auch auf die Mechanismen der Rechenschaftspflicht, des Managements und der Steuerung der Pflegeprozesse.

Dazu gehören vor allem Interventionen zur Verbesserung der Angemessenheit, einschließlich Maßnahmen zur Verringerung der Wartelisten.

B. Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement)

Im Rahmen der Reorganisation der klinischen Governance wird insbesondere die schrittweise Umsetzung des Landesgesundheitsplans im Bereich der klinischen Versorgung fortgesetzt.

Das bereits 2022 gestartete Großprojekt, in dem sich die Südtiroler Gesundheitsbehörde für die Erlangung der Accreditation Canada einsetzt, wurde mit großem Erfolg abgeschlossen.

C. Ziele zur Entwicklung und Qualifizierung des Betriebes

Das Wissen und die Professionalität der Beschäftigten im Gesundheitswesen sind die wichtigste Ressource für die Qualität, Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Gesundheitsdienstleistungen. Neben der ständigen Verbesserung der Kompetenzen des bereits beschäftigten Personals durch Aus- und Weiterbildung ist es wichtig, durch gezielte Bindung neues qualifiziertes Personal zu gewinnen und das Ziel der Stärkung des Engagements und der Leistungsfähigkeit aller Akteure in den Mittelpunkt der Personalpolitik des Südtiroler Sanitätsbetriebes zu stellen. Neben der Personalentwicklung hat auch die Unternehmenskultur einen wesentlichen Einfluss auf die Mitarbeiterzufriedenheit.

D. Verbesserung der Steuerung durch Ausbau der Planungs- und Kontrollinstrumente

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb ist ständig bestrebt, die Verwaltung weiterzuentwickeln und vor allem in Planung und Kontrolle zu investieren. Zu diesem Zweck sind im Laufe des Dreijahreszeitraums verschiedene Aktionen und Maßnahmen geplant, von denen einige Teil eines in den Vorjahren begonnenen Prozesses sind.

E. Verbesserung und Ausbau der Informationssysteme und Informatik

Um auf die anstehenden Herausforderungen immer adäquater reagieren zu können, müssen innovative Wege beschritten werden. Und hier kommt die Informationstechnologie ins Spiel, die auch im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung viele Möglichkeiten bietet: von der Buchung von Leistungen über die Erfassung von Berichten bis hin zur integrierten digitalen Patientenakte, die den Bürger von der Geburt bis zum Tod begleitet.

Die Ergebnisse im Zusammenhang mit den Indikatoren zur Messung und Bewertung der Performance laut Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms werden in der Anlage „Bericht zu den Zielen des Jahrestätigkeitsprogramms 2024“ angeführt.

3 Korruptionsvorbeugung und Transparenz

3.1 Verantwortlicher für Korruptionsvorbeugung und Transparenz und Bewertung der Tätigkeiten

Im Jahr 2024 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Rolle des Verantwortlichen für Korruptionsvorbeugung (VK) und die Funktion des Verantwortlichen für Transparenz (VT) getrennt.

Unter diesem Gesichtspunkt hatte der neue VKB das Hauptziel, Kontinuität mit der bisherigen Arbeit zu gewährleisten, und legte daher größten Wert darauf, alle im Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz (DJPKPT) 2024-2026 enthaltenen Maßnahmen vollständig umzusetzen. Dabei machte er sich die Methoden der Prozesskartierung, der Bewertung von Korruptionsrisiken und der Identifizierung von Präventionsmaßnahmen zu eigen, die durch die geltenden Vorschriften und die von der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) verabschiedete Richtlinie definiert sind.

Besondere Ressourcen wurden in die Anpassung der Inhalte der internen Schulung im Bereich Korruptionsprävention und in die Erstellung eines vielfältigen Schulungsangebots investiert, das auch aufgezeichnete zweisprachige Schulungen umfasst, die „on demand“ verfügbar sind.

Der Antikorruptionsbeauftragte und der Transparenzbeauftragte haben gemeinsam eine treibende und koordinierende Rolle bei der Umsetzung des Abschnitts Korruptionsprävention und Transparenz des ITOP/DJPKPT übernommen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Jahr 2024 eine gute Zusammenarbeit zwischen den Referenten und den neuen VK und VT den reibungslosen Ablauf des Systems begünstigt hat. Im Laufe des Jahres fanden Gespräche mit den einzelnen Referenten statt. Darüber hinaus nahmen verschiedene Mitarbeiter des Südtiroler Sanitätsbetriebes an den vom VKBT und dem Team für Transparenz organisierten Schulungsveranstaltungen teil.

Allgemeine Überlegungen zum Stand der Umsetzung des Abschnitts Korruptionsprävention und Transparenz des ITOP / DJPKPT und des Organisationsmodells 231/2001

Die im Abschnitt Korruptionsprävention und Transparenz des ITOP vorgesehenen Maßnahmen wurden im Allgemeinen umgesetzt, da das Kontrollsystem auf der Präsenz von Vorschriften und Verfahren basiert, die die administrativen und buchhalterischen Risiken sowie die Korruptionsrisiken berücksichtigen und auf einem Netzwerk-System, das alle Führungskräfte und Verantwortlichen der Betriebsprozesse einbezieht.

Der VK unterstützt die Strukturen bei der Analyse, der Identifizierung von Risikominderungsmaßnahmen und der Überprüfung.

Der aktuelle Plan umfasst Gegenmaßnahmen, die auf der Überwachung und Analyse der Risiken der vergangenen Jahre basieren. Auch im Jahr 2024 wurden Fragebögen verwendet, um die Entscheidungsprozesse zu überwachen. Die Entscheidungen und die damit verbundenen Risiken wurden sorgfältig analysiert, und es wurden Präventionsmaßnahmen auf der Grundlage der Ergebnisse eingeführt. Schließlich wurden zusätzliche spezifische Maßnahmen für die typischen Bereiche (Personal, Einkauf, Landesweite einheitliche Vormerkstelle (ELVS) des Betriebskontexts ergriffen.

Die Überwachung zeigt eine allgemeine Verbesserung bei der Umsetzung der Präventionsmaßnahmen des ITOP 2024-2026. Dennoch bestehen weiterhin Verbesserungsspielräume aufgrund der organisatorischen Komplexität und der hohen Anzahl der verwalteten Prozesse.

Insbesondere:

- Mit Beschluss Nr. 231 vom 18.03.25 wurde das neue Betriebsverfahren zur Verwaltung von *Whistleblowing* gemäß G.v.D. 24/2023 erstellt;
- Die Aktualisierung des Betriebsverhaltenskodex in Bezug auf die Neuerungen des Ministerialdekrets 81/2023 wurde mit Beschluss 112 vom 18.02.25 genehmigt;
- Ein neuer Kurs zum Thema Korruptionsprävention, der „on demand“ verfügbar ist und schrittweise alle Betriebsmitarbeiter einbeziehen wird, wurde aktiviert;
- Einführung der Kontrollen der DURC durch die Abteilung Finanzen für die Projekte des Nationalen Aufbau- und Resilienz-Plans (PNRR).

Was die ergänzenden Maßnahmen des Organisationsmodells 231/2001 betrifft, so hat der Verwaltungsrat nach eingehender Diskussion des Themas beschlossen, dass keine weiteren Gremien geschaffen werden, da dies für öffentliche Einrichtungen keine Verpflichtung darstellt. Daher wurde die Machbarkeit einer Erweiterung des Aufgabenbereichs des UBO auf den Bereich 231 mit Unterstützung eines externen Strafrechtsexperten geprüft.

Analyse und Bewertung der durchgeführten Maßnahmen zur Korruptionsprävention

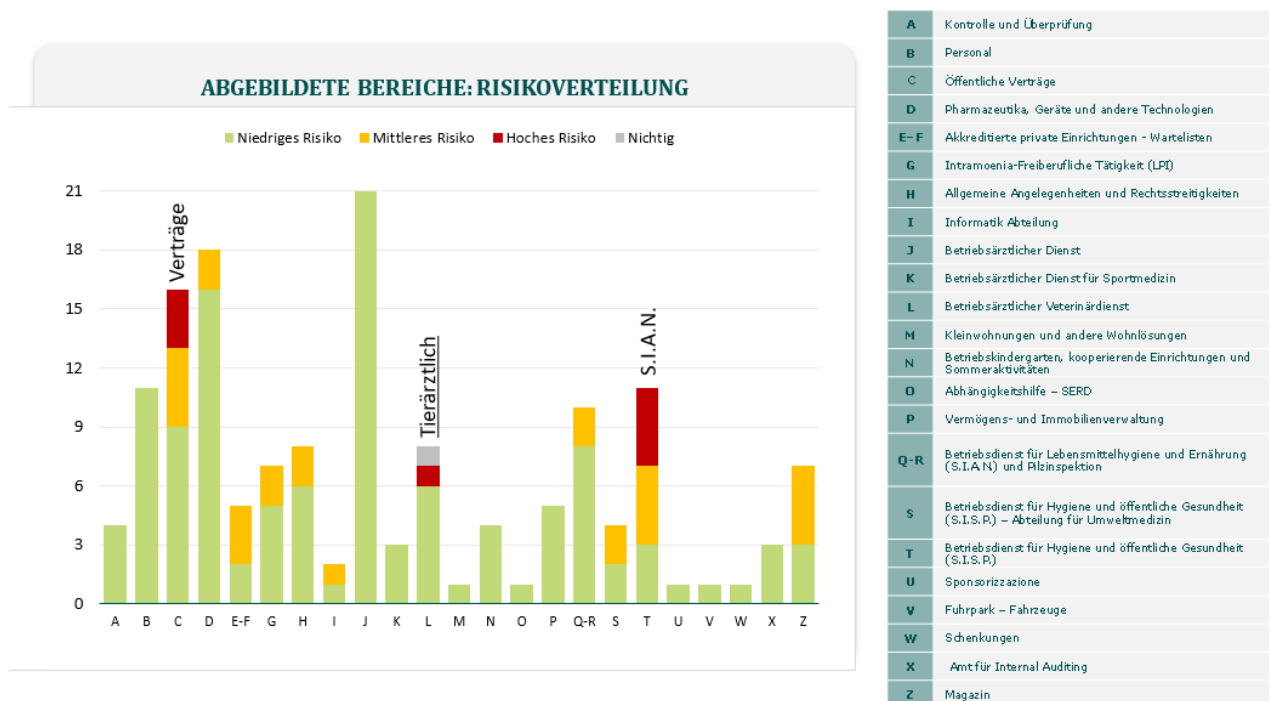
Der Prozess der Analyse, Bewertung und Messung des Korruptionsrisikos im Südtiroler Sanitätsbetrieb, wie auch in den Leitlinien der Nationalen Antikorruptionsbehörde (ANAC) vorgesehen, gliedert sich in mehrere Schlüsselphasen:

- **Kontextanalyse:** Diese Phase umfasst die Analyse des externen und internen Kontextes der Verwaltung, um Faktoren zu identifizieren, die das Korruptionsrisiko beeinflussen können;
- **Prozesskartierung:** Identifizierung kritischer Verwaltungsprozesse und der am stärksten korruptionsgefährdete Bereiche;
- **Risikobewertung:** Umfasst die Analyse und Gewichtung des Risikos, wobei die Wahrscheinlichkeit und die Auswirkungen von Korruptionseignissen bewertet werden;
- **Risikobehandlung:** Identifizierung und Planung präventiver und korrektiver Maßnahmen zur Minderung der identifizierten Risiken;
- **Überwachung und Überprüfung:** Kontinuierliche Überwachung der Wirksamkeit der ergriffenen Maßnahmen und regelmäßige Überprüfung des Risikomanagementsystems, um eine kontinuierliche Verbesserung zu gewährleisten.

Im Jahr 2024 führte der VKBT eine Überwachung der im vorherigen Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz festgelegten Maßnahmen durch, indem er alle Bereichsreferenten schriftlich befragte, um den Stand der Umsetzung der einzelnen geplanten Maßnahmen zu kennen.

Das jährliche Monitoring der Korruptionspräventionsmaßnahmen wurde durchgeführt, wobei die Möglichkeit geprüft wurde, neue und innovative Maßnahmen im Vergleich zur Vergangenheit einzuführen (Wirksamkeit) oder sie zu vereinfachen, falls sie über das Ziel hinausgingen. Diese Analyse, die gemeinsam mit den Verantwortlichen der zuständigen Bereiche durchgeführt wurde, zeigte die tatsächliche Umsetzung der allgemeinen und spezifischen Maßnahmen und deren Angemessenheit.

Im Rahmen der Korruptionsrisikobewertung wurden potenziell mittel-hohe Risiken im Bereich Beschaffung und Direktvergaben formalisiert, die der VKB in den Kontrollplan 2025 aufgenommen hat. Nachfolgend eine Grafik, die die Risikobewertungen der kartierten Risikobereiche zusammenfasst.



Ergebnisse im betrachteten Zeitraum und eventuelle Abweichungen

- **Überwachung**

Die jährliche Überwachungstätigkeit des Betriebsverantwortlichen für Korruptionsprävention für das Jahr 2024 umfasste auch die Einführung von drei formellen Überprüfungen durch Berichte:

- I) "Pantouflage";
- II) Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit;
- III) Prüfungskommissionen.

I) "Pantouflage"

Pantouflage ist das Verbot für Angestellte des öffentlichen Dienstes, die in den letzten drei Dienstjahren Autoritäts- oder Verhandlungsbefugnisse ausgeübt haben, in den drei Jahren nach Beendigung des Dienstverhältnisses Arbeits- oder Berufstätigkeiten mit privaten Einrichtungen auszuüben, für die die Tätigkeit ausgeübt wurde (Artikel 53, Absatz 16-ter des Gesetzesdekrets Nr. 165 vom 30. März 2001, eingeführt durch Artikel 1, Absatz 42, Buchstabe I) des Gesetzes Nr. 190 vom 6. November 2012 - Anti-Korruptionsgesetz).

Die Überwachung konzentrierte sich auf die Identifizierung und Minderung potenzieller Interessenskonflikte, die Gewährleistung von Transparenz und Unparteilichkeit sowie die Einhaltung der Vorschriften zum "Pantouflage" innerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebs, wobei in diesem Fall das Amt für Anstellungen einbezogen wurde.

Um die Unparteilichkeit zu gewährleisten, wurde eine zufällige Stichprobe von 60 Items (30 Anstellungen und 30 Entlassungen) aus den von den zuständigen Büros bereitgestellten Namen gezogen. Die Überprüfung konzentrierte sich auf zwei Hauptaspekte: das Vorhandensein der Pantouflage-Verbot-Klausel in den Verträgen und die Unterschrift des Mitarbeiters auf jedem Dokument.

Die Ergebnisse zeigten, dass 100 % der Dokumentation den Vorschriften entsprachen, wobei die Pantouflage-Verbot-Klausel und die Unterschrift des Mitarbeiters in allen Dokumenten vorhanden waren. Abschließend war die Überwachungstätigkeit erfolgreich und bestätigte die Sensibilität und Aufmerksamkeit des SABES für die Einhaltung der Vorschriften in diesem Bereich.

II) Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit

Die Überwachung konzentrierte sich auf die Überprüfung und Sicherstellung der Abwesenheit von Nichterteilbarkeiten und Unvereinbarkeiten bei den leitenden Verwaltungsbeamten, um Transparenz und Integrität im Verwaltungshandeln zu gewährleisten.

Die Überprüfung umfasste das Einstellungsbüro, das die Strafregistrauszüge aller leitenden Verwaltungsbeamten des Südtiroler Sanitätsbetriebes bereitstellte. Darüber hinaus wurde eine Kreuzprüfung der in den Lebensläufen der Direktoren und den auf der institutionellen Website veröffentlichten Eigenerklärungen verfügbaren Daten durchgeführt.

Die Ergebnisse der Überprüfungen ergaben keine Gründe für Nichterteilbarkeiten und Unvereinbarkeiten bei den leitenden Verwaltungsbeamten. Abschließend war die Überwachungstätigkeit erfolgreich und bestätigte die Einhaltung der geltenden Vorschriften.

III) Prüfungskommissionen

Das Ziel der Überprüfung bestand darin, die Verfahren zur Personalauswahl zu überwachen, mit besonderem Augenmerk auf die Ernennungsverfahren der Prüfungskommissionen, um die Einhaltung der nationalen Vorschriften und jene des Landes zu überprüfen und mögliche Interessenskonflikte oder Unregelmäßigkeiten zu bewerten.

Die Bildung der Prüfungskommissionen folgt spezifischen Kriterien, um Kompetenz und Unparteilichkeit zu gewährleisten, einschließlich Berufserfahrung, akademischer Qualifikationen, Vertretung der verschiedenen medizinischen Disziplinen, Einhaltung des sprachlichen Proporz und Förderung der Geschlechtergleichstellung (mindestens 1/3 der Kommission muss aus Frauen bestehen).

Die Überprüfung umfasste das Büro für Karriereentwicklung, Leistung und Produktivität in Meran und das Wettbewerbsbüro in Bruneck. Es wurde eine zufällige Stichprobe von 31 Protokollen der Kommissionssitzungen angefordert, mit 43 Erklärungen zur Abwesenheit von Unvereinbarkeiten und Interessenskonflikten. Die Überprüfung konzentrierte sich auf zwei Hauptaspekte: die Einhaltung der nationalen Vorschriften und jene des Landes zur Bildung und Zusammensetzung der Prüfungskommissionen sowie die Richtigkeit und Vollständigkeit der Erklärungen zur Abwesenheit von

Unvereinbarkeiten und Interessenskonflikten sowie das Vorhandensein der Unterschriften der Kommissionsmitglieder.

Die Ergebnisse zeigten, dass 100% der Dokumentation vollständig und konform mit den Vorschriften war. Es wurde jedoch eine Diskrepanz in den Formularen der Kommissionen für die Personalauswahl festgestellt, die nicht die Direktoren komplexer Strukturen betrafen, bei denen die entsprechenden gesetzlichen Verweise fehlten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass auch diese Überwachungstätigkeit positiv verlaufen ist und die Sensibilität und Aufmerksamkeit des Südtiroler Sanitätsbetriebes für die Einhaltung der Vorschriften bestätigt hat.

- **Fortbildung**

Die Fortbildung im Bereich Korruptionsbekämpfung ist entscheidend, um das Bewusstsein der öffentlichen Bediensteten für Korruptionsrisiken zu erhöhen und bewährte Präventionspraktiken zu verbreiten. Sie gewährleistet eine höhere öffentliche Ethik und Legalität und hilft, Korruptionsrisiken zu erkennen und zu managen.

Nachfolgend eine Tabelle, die schematisch die einzelnen im Jahr 2024 durchgeführten Schulungsveranstaltungen auflistet:

DATUM	BEHANDELTE THEMEN
15.10.24	Dokumentenzugriff, einfacher Bürgerzugriff und allgemeiner Bürgerzugriff (FOIA)
09.10.24	Tag der Transparenz
08.10.24	Führung zur Integrität
20.09.24	Korruptionsprävention und Interessenskonflikte
30.05.24	Korruptionsprävention und Transparenz
IMMER VERFÜGBAR	Die neue Antikorruptionsregelung in Gesundheitseinrichtungen im Lichte der Änderungen durch das Gesetz 113/21, das den Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) eingeführt hat

- **Whistleblowing**

Whistleblowing ist die Meldung von Rechtsverstößen oder Unregelmäßigkeiten, die das öffentliche Interesse oder die Integrität der Verwaltung beeinträchtigen, durch eine Person, die in einer öffentlichen oder privaten Organisation arbeitet und von denen sie im Laufe ihrer Arbeit Kenntnis erlangt hat (Gesetzesdekret Nr. 24 vom 10. März 2023 zur Umsetzung der EU-Richtlinie 2019/1937). Wie gesetzlich vorgeschrieben, gewährleistet der Südtiroler Sanitätsbetrieb das Recht auf Meldung von Rechtsverstößen oder Unregelmäßigkeiten von allgemeinem Interesse im Arbeitsumfeld und sichert dabei den Schutz und die Anonymität des Hinweisgebers.

Wie im Gesetzesdekret Nr. 24 vom 10.03.2023 angegeben, hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb einen elektronischen Kanal für Whistleblowing-Meldungen eingerichtet; das Meldesystem verwendet die in den einschlägigen Vorschriften vorgesehene Technologie.

Im Jahr 2024 wurden 9 anonyme Meldungen („Whistleblowing“) bearbeitet, deren Themen sich auf angebliche falsche Anwesenheitsbescheinigungen bei der Arbeit, Nichteinhaltung der Erreichbarkeitszeiten zu Hause im Krankheitsfall, unbefugten Zugang zu Arbeitsräumen durch Dritte, die keine Mitarbeiter sind, und Nichteinhaltung des Verhaltenskodexes (missbräuchliche Nutzung von Kommunikationsmitteln) bezogen.

Nur eine der 9 bearbeiteten Meldungen führte zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen den gemeldeten Mitarbeiter.

- **Interessenskonflikte**

Im Jahr 2024 wurden vom Verantwortlichen für Korruptionsvorbeugung (VKB) 17 Gutachten zu Interessenskonflikten in den folgenden Bereichen angefordert und erteilt:

- Nichteinhaltung des Verhaltenskodex
- Sponsoring von Kursen durch potenzielle Lieferanten
- Spenden von Werbegeschenken durch potenzielle Lieferanten
- Zusammensetzung des technischen Gremiums
- Zusammensetzung eines öffentlichen Organs
- Personalwechsel
- Ausschreibungen
- Nebentätigkeiten von Ärzten
- Alternativmedizinische Tätigkeiten
- Zweitbeschäftigung
- Extramoenia
- Ausschuss und technisches Gremium (Eignung)
- Vereinbarungen mit privaten Kliniken
- Eignung für eine neue Rolle im Sanitätsbetrieb
- Nicht relevante Themen (Verleumdung, Schadensersatzforderungen)

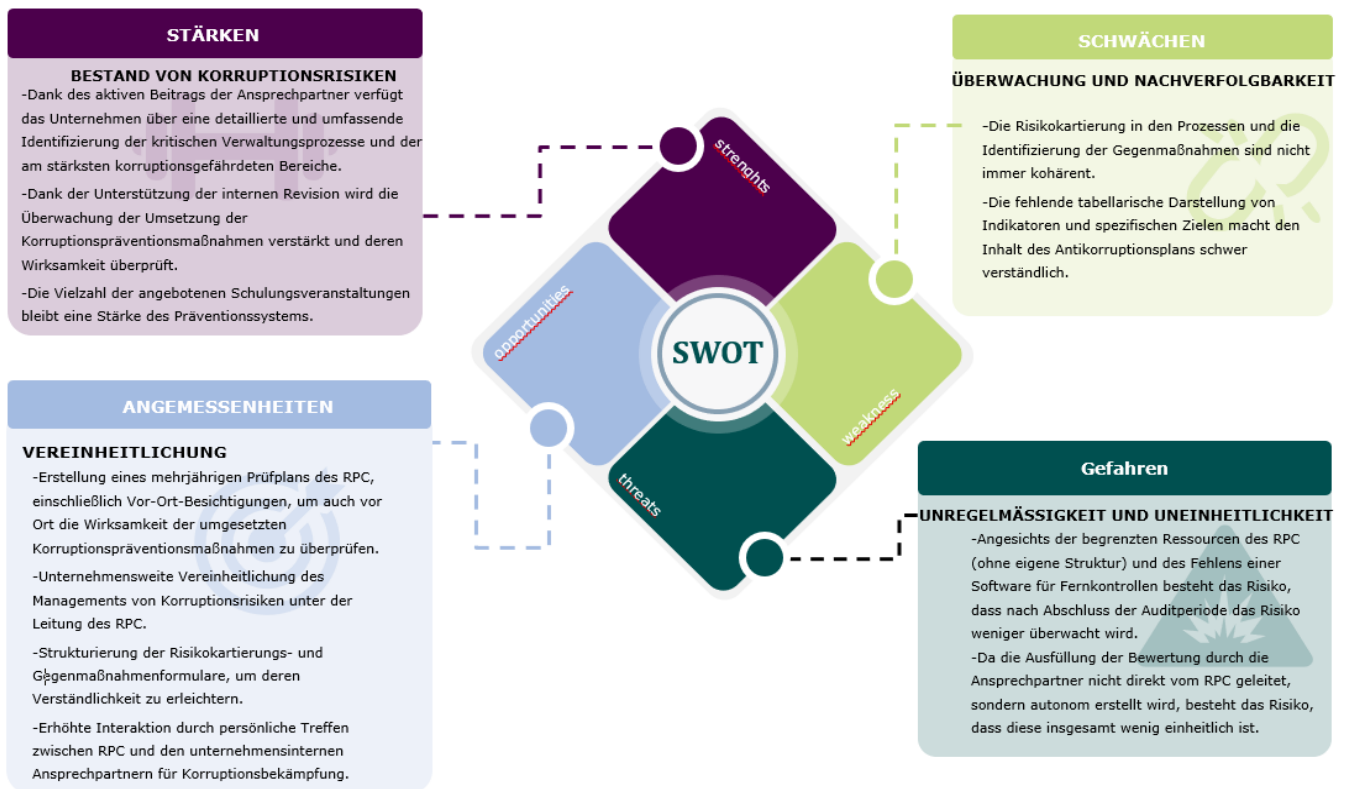
Es wird darauf hingewiesen, dass das Gutachten des VKB nicht bindend ist und die endgültige Entscheidung über das weitere Vorgehen dem Vorgesetzten des betroffenen Mitarbeiters obliegt.

Der Korruptionspräventionsbeauftragte hat im Jahr 2024 außerdem:

- aktiv zur Definition der spezifischen Kontrollen des PNRR in seinem Zuständigkeitsbereich beigetragen;
- die historisch vom Sanitätsbetrieb verwendete Risikokartierung, um den von der ANAC vorgesehenen Ermöglichungsfaktor erweitert und die Anmerkungen zur Sektion "Korruptionsprävention" des ITOP, genehmigt mit Beschluss der Autonomen Provinz Bozen Nr. 119/2024, ausgearbeitet;
- ein neues, besser verständliches Überwachungsformular erstellt, das 2025 eingeführt wird;
- im Dokument zum dreijährigen Korruptionspräventionsplan einen spezifischen Abschnitt zum PNRR entwickelt;
- die bereits umfangreiche Risikokartierung der Organisation auf zwei weitere Organisationseinheiten (Logistik und interne Revision) ausgeweitet;
- einen Fragebogen zur Wahrnehmung des Korruptionsrisikos auch in deutscher Sprache eingeführt.

Stärken und Schwächen bei der Umsetzung des Antikorruptionsplans

SWOT-Analyse des Systems zur Unternehmensprävention und Korruptionsbekämpfung.



Ursachen für Abweichungen von den geplanten Zielen

Die Hauptursachen für Abweichungen von den im Plan festgelegten Zielen waren:

- Begrenzte Kohärenz der Risikokartierung: Die Identifizierung der entsprechenden Gegenmaßnahmen im Antikorruptionsplan war aufgrund der Aufteilung der Informationen in zwei separate Tabellen nicht klar ersichtlich, was die Nachvollziehbarkeit für den Leser erschwerte.
- Geringe Verständlichkeit: Die fehlende tabellarische Darstellung von Indikatoren und spezifischen Zielen, die auf einen Blick überwacht werden können, führte zu einer geringen Verständlichkeit.
- Nichteinhaltung der Fristen: Einige Verantwortliche der internen Strukturen hielten die Fristen für die Übermittlung der ihnen zugewiesenen Informationsflüsse nicht ein, da die Anforderungen im Bereich der Korruptionsbekämpfung von einigen internen Ansprechpartnern als zusätzliche bürokratische Belastung wahrgenommen wurden.
- Uneinheitliche Bewertung: Die uneinheitliche Ausfüllung der Bewertung durch die Ansprechpartner, die nicht direkt vom RPC geleitet wurde, führte zu einer insgesamt wenig einheitlichen Bewertung auf Unternehmensebene.

Der VKB hat daher für 2025 folgende Maßnahmen geplant:

- Einführung eines neuen, besser verständlichen Risikokartierungs- und Bewertungsformulars, das Indikatoren und spezifische Ziele enthält.
- Interne Schulungen, die vom RPC selbst durchgeführt werden, um das Bewusstsein für Korruptionsbekämpfung und die Einhaltung der gesetzlichen Fristen weiter zu stärken.
- Eine Reihe von Treffen mit den einzelnen Ansprechpartnern, um unter der direkten Leitung des RPC eine einheitliche Ausfüllung der Korruptionsbewertung sicherzustellen.

Weitere Details zu den im Bereich Korruptionsprävention durchgeführten Aktivitäten sind im DJPKPT 2025-2027 enthalten, auf das verwiesen wird.

3.2 Transparenz

Nachfolgend sind die wichtigsten Tätigkeiten zur Umsetzung der Transparenz des Südtiroler Sanitätsbetriebes im Jahr 2024 aufgeführt:

- ✓ Durchführung von einer Weiterbildungsveranstaltung zu den Themen: Aktenzugang, einfacher Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang;
- ✓ Durchführung einer spezifischen Fortbildungsveranstaltung zum Thema Integrität mit Fokus auf den Interessenskonflikt;
- ✓ Abhaltung des Tages der Transparenz siehe Details: <https://home.sabes.it/de/transparente-verwaltung/weiteredaten.asp>;
- ✓ Aktualisierung der Sektion » Transparente Verwaltung » Verwaltungstätigkeiten und Verfahren » Verfahrensarten;
- ✓ Verbesserung der Veröffentlichungen in der Sektion Subventionen, Beiträge, Zuschüsse, wirtschaftliche Vergünstigungen;
- ✓ Verbesserung der Veröffentlichungen in der Sektion Performance-Bewertungssystem;
- ✓ Anpassung an die Neuerungen im Bereich öffentliche Verträge in der Sektion Ausschreibungen und Verträge;
- ✓ Veröffentlichung Wiederaufbauplan PNRR - Gesundheit Südtirol;
- ✓ Überprüfung und Bewertung der 2024 eingelangten Feedbacks zur Transparenzseite, die mittels des Fragebogens, welcher auf der betrieblichen Webseite heruntergeladen werden kann, erhoben werden;
- ✓ Verbesserungen der Veröffentlichungen und der Qualität der Transparenzseite aufgrund der Überprüfungs- und Bewertungsergebnisse der o.g. eingelangten Feedbacks;
- ✓ Archivierungsanfrage aller Daten auf der Transparenzseite laut der diesbezüglichen Rechtsvorschriften;
- ✓ Kontrolle der gesamten Sektion Personal » Führungskräfte » Lebensläufe, Lebensläufe, Erklärungen über das Nichtvorhandensein von Gründen von Nichterteilbarkeit und Unvereinbarkeit und andere Erklärungen laut gesetzlichen Vorgaben mit anschließender Weiterleitung der Ergebnisse an die zuständigen Führungskräfte und Ersuchen um Aktualisierung, Integration und Archivierung der Daten;
- ✓ Veröffentlichung der Daten gemäß Art. 11 des G.v.D. Nr. 211/2003 und des Art. 2 des G.v.D. Nr. 52/2019 (klinische Studien);
- ✓ 12 Kontrollen der 2024 registrierten Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- ✓ 12 Kontrollen der 2024 registrierten allgemeinen Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- ✓ 12 Kontrollen der Zugänge zu den Verwaltungsunterlagen, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- ✓ kontinuierliches Bestreben einer Verbesserung der Qualität der Veröffentlichung der Daten gemäß gesetzvertretendem Dekret Nr. 33/2013, in Bezug auf die vorgesehene Form und den Zeitpunkt;
- ✓ weitere Verfeinerung der halbjährlichen Überwachung der Daten, gemäß Art. 23, Abs. 1 des Lgs.D. Nr. 33/2013 und Art. 1, Abs. 16 des Gesetzes Nr. 190/2012, in Bezug auf die Veröffentlichungspflichten;
- ✓ Erhöhung des Informationsflusses innerhalb des Betriebes, indem mehrere Ämter und Strukturen in die Tätigkeit miteinbezogen werden, um auch das Bewusstsein und die Verantwortung aller Beteiligten für die Wichtigkeit derselben zu erhöhen;
- ✓ Fortsetzung des Prozesses der Erkennung und Nutzung bereits im Einsatz befindlicher Datenbanken und Anwendungen, sowie die Einführung neuer, auch um den neu entstandenen Bedürfnissen gerecht zu werden - auch und vor allem im Hinblick auf weitere Verfahrensanpassungen und die Automatisierung bei der Erzeugung von Daten, Informationen und Dokumenten;
- ✓ Weiterverwendung der Whistleblowing-Plattform;
- ✓ die Erstellung und Veröffentlichung der Liste der Maßnahmen;
- ✓ die Erstellung und Veröffentlichung des Zugangsregisters;
- ✓ Versendung der Mitteilung zu folgenden Themen an einzelne Strukturen des Betriebes: Aktenzugänge, einfache und allgemeine Bürgerzugänge, unter Hinweis auf die Bedeutung einer ordnungsgemäßen Protokollierung der Anträge für die Erstellung des Zugangsregisters;

- ✓ Bereitstellung an die zuständigen Strukturen eines zweisprachigen Modells für den Antrag auf Zugang zu den Verwaltungsunterlagen – dokumentale Aktenzugänge in Zusammenarbeit mit der Stabstelle Privacy-Datenschutz;
- ✓ Übermittlung an die zuständigen Strukturen der FAQ im Bereich Transparenzpflichten, die von ANAC aktualisiert worden sind, mit gleichzeitiger Aufforderung die in den eigenen Zuständigkeitsbereich fallenden Transparenzpflichten anzugleichen und zu aktualisieren;
- ✓ Einholung und Veröffentlichung der Erklärungen gemäß Art. 20 des G.v.D. Nr. 39/2013 der betroffenen Führungskräfte;
- ✓ Einholung und Veröffentlichung der Erklärungen gemäß Art. 14 des G.v.D. Nr. 33/2013 der betroffenen Führungskräfte;
- ✓ Aufstellung und Veröffentlichung der Entschädigungszahlungen gemäß Art. 4, Abs. 3 des Gesetzes Nr. 24/2017;
- ✓ fortwährende Verbesserung der Anwendung der PerlaPA-Datenbank, zusammen mit anderen vorgesehenen Mitteilungen für das „Ministerium der öffentlichen Verwaltung – Department der öffentlichen Funktion“ („Dipartimento della Funzione Pubblica“);
- ✓ Fortführung und Verbesserungen der Veröffentlichung in der transparenten Verwaltung, auf der institutionellen Webseite des Betriebes (Liste der Spenden und weitere sachdienliche Informationen);
- ✓ in Bezug auf die Wartelisten, Veröffentlichung von Daten, die über die von der anzuwendenden Norm vorgeschriebenen hinausgehen – Initiative, die von GIMBE positiv bewertet worden ist https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124437
- ✓ Durchführung von drei Kontrollen, der Veröffentlichungspflichten, um den Stand der Einhaltung zu überprüfen, mit schriftlichem und mündlichem Austausch mit den einzelnen Referenten, sowie die Übermittlung von drei zusammenfassenden Mitteilungen an alle Referenten und an die Betriebsdirektion über die erhaltenen Ergebnisse;
- ✓ besonderes Augenmerk wird auf die Verbreitung innerhalb des Sanitätsbetriebes und auf die Beratung von Ämtern und Abteilungen bzgl. Themen der Transparenzpflichten gelegt;
- ✓ im Jahr 2024 wurde ein integrierter Kurs zu den Themen Antikorruption, Transparenz und Datenschutz eingeführt, der für die Mitarbeiter über eine spezielle E-Learning-Plattform zugänglich ist und auch die Ausstellung eines normgemäßen Teilnahme- und Ergebniszertifikats vorsieht; diese online Fortbildung wird auch im Jahr 2025 wieder angeboten werden;
- ✓ die Transparenzbeauftragte hat die Referenten regelmäßig an die Fristen der Aktualisierung/Archivierung der Daten, die der Veröffentlichung unterliegen, zusammen mit den qualitativen Anforderungen, die diese Daten besitzen müssen, erinnert;
- ✓ Erstellung der Übersichtstabelle der Zugriffe auf die Website;
- ✓ Aktualisierungen im betrieblichen Intranet z.B. zu dem Themen Vereinbarkeit Familie und Beruf, Vorlagen u.ä.;
- ✓ Veröffentlichung der Bestätigung des unabhängigen Bewertungsorgans (OIV) zur Erfüllung der Veröffentlichungsverpflichtungen (Beschluss ANAC Nr. 213/2024) aus der hervorgeht, dass die vom Südtiroler Sanitätsbetrieb veröffentlichten Daten, die gemäß dem genannten ANAC-Beschluss zu prüfen waren, alle Informationen enthalten, die nach den sektoriellen Bestimmungen erforderlich sind.

Für weitere Details bzgl. der Transparenzmaßnahmen verweist man vollinhaltlich auf den integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (PIAO) 2025-2027, welcher regulär in der Sektion - Transparente Verwaltung - Andere Inhalte auf der institutionellen Website des Südtiroler Sanitätsbetriebes veröffentlicht ist.

4 Wirtschafts- und Finanzbericht für den Dreijahreszeitraum 2024-2026

Für die Jahre 2024-2026 hat die Autonome Provinz Bozen - Südtirol zunächst einen „technischen“ Haushaltsplan (Landesgesetz vom 19. September 2023, Nr. 23) verabschiedet, der im Vergleich zu den künftigen Einnahmen vorsichtiger Kriterien vorsah und sich im Wesentlichen auf die Anpassung der in

den geltenden Rechtsvorschriften vorgesehenen Ausgaben, der Pflichtausgaben und der zweckbestimmten Ausgaben beschränkte.

Auf dieser Grundlage hat die Landesregierung dem Südtiroler Sanitätsbetrieb mit Beschluss Nr. 1044 vom 28.11.2023 provisorische Finanzierungen für den Dreijahreszeitraum 2024-2026 zugewiesen und der Sanitätsbetriebe hat mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2024-A-000131 vom 01.02.2024 den Haushaltsvoranschlag 2024 genehmigt.

Nach der Haushaltsänderung und nach der Verabschiedung des Nachtragshaushaltes des Landes hat die neue Landesregierung dem Südtiroler Sanitätsbetriebe mit Beschluss Nr. 714 vom 27.08.2024 erhöhte Finanzierungen für den Dreijahreszeitraum 2024-2026 zugewiesen, wobei es sich bei den Zuweisungen für 2025 und 2026 um provisorische Zuweisungen handelt:

Anlage D zum Beschluss der Landesregierung Nr. 714 vom 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 LHM	Uffici 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 SANITÄTSBETRIEB 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 Beträgen (LG 14/2002 Art.1,4)	346.000,00	346.000,00	346.000,00
U13011.1950	23.4	Contributi con finanziamento della Provincia all'Azienda sanitaria per il finanziamento della ricerca (LP 14/2006, art.9)	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 I31H23000040001 (DL 77/2021, DL 80/2021, 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 I31H23000040001 (GD 77/2021, GD 80/2021, 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	GESAMTSUMME ZUWEISUNGEN AN DEN SANITÄTSBETRIEB FÜR LAUFENDE AUSGABEN	1.587.500.500,90	1.575.235.638,92	1.600.699.146,51

In der Folge hat der Generaldirektor mit Beschluss Nr. 2024-A-000991 vom 17.09.2024 den neuen Haushaltsvoranschlag für 2024 mit Gesamteinnahmen und Ausgaben im Ausmaß von 1.719.052.064,54 Euro genehmigt.

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 221 vom 01.04.2025 ist der definitive Finanzierungsplan für das Geschäftsjahr 2024 genehmigt worden, mit Gesamtfinanzierungen für laufende Ausgaben im Ausmaß von 1.676.160.209,83 Euro. Die Abschlussbilanz für das Geschäftsjahr 2024 ist derzeit in der Genehmigungsphase. Der Bilanzentwurf 2024 weist ein positives Geschäftsergebnis aus.

5 Patientenzufriedenheit und wahrgenommene Qualität im Südtiroler Sanitätsbetrieb

5.1 Wahrgenommene Qualität

Die Erhebung der wahrgenommenen Qualität wird durch folgende Rechtsgrundlagen geregelt:

- Das Gesetzesdekret Nr. 502 vom 30. Dezember 1992 definiert den Begriff der Qualität im Gesundheitswesen als unverzichtbares Element des Nationalen Gesundheitsdienstes und als Kontrollinstrument zur Analyse der Wirksamkeit und Effizienz der Dienstleistungen.
- Gesetzesdekret Nr. 286 vom 30. Juli 1999
- Gesetzesdekret Nr. 150 vom 27. Oktober 2009
- Datenschutzaufsichtsbehörde: Leitlinien zur Datenverarbeitung für die Durchführung von Kundenzufriedenheitsumfragen im Gesundheitswesen - 5. Mai 2011

Die regelmäßig durchgeführten Patientenbefragungen liefern wertvolle Informationen über den Grad der Patientenzufriedenheit und können auch zur Qualitätsmessung und zur Förderung von Verbesserungsinitiativen innerhalb der Gesundheitseinrichtungen beitragen. In diesem Zusammenhang hat der Betrieb im Jahr 2024 folgenden Erhebungen durchgeführt:

A) Umfrage zur Zufriedenheit der Patienten, die in den sieben Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebes stationär behandelt wurden

Diese Initiative wurde von der Abteilung Kommunikation, die sich zum Ziel gesetzt hat, mit einer speziellen Umfrage die wahrgenommene Qualität der Versorgung im stationären Bereich zu erfassen, durchgeführt. Es wurden daher eine Reihe vorbereitender Maßnahmen für die Umsetzung des Projekts ergriffen, wie z. B. die Erstellung einer Datenbank aller Patienten, die im Zeitraum vom 01.01.2024 bis zum 30.09.2024 in einem der sieben Krankenhäuser des Betriebes aufgenommen wurden, die Erstellung eines Fragebogens und eines Begleitschreibens, die Vorbereitung einer Ausschreibung sowie die Beauftragung einer externen Firma für die operative Umsetzung der verschiedenen erforderlichen Aktivitäten. Zu diesem Zweck wurde ein Institut für Sozialforschung und Demoskopie beauftragt. In die Umfrage wurden rund **16.000** Personen miteinbezogen, die je nach Alter der Teilnehmer in zwei Gruppen unterteilt wurden: Personen unter 60 Jahren wurden zu einer Online-Befragung eingeladen, während Patienten über 60 Jahren zwischen beiden Optionen (online und Papierform) wählen konnten. Der erste Teil der Schreiben an die Bürger wurde im November 2024 verschickt. Der Versand des zweiten Teils wurde aufgrund der Überlastung der Postdienste während der Weihnachtszeit bewusst auf die Zeit nach Weihnachten verschoben. Die einzelnen Antworten werden derzeit entgegengenommen und die Ergebnisse werden in den kommenden Wochen analysiert.

B) Umfrage über die Zufriedenheit der Ärzte für Allgemeinmedizin und Kinderärzte freier Wahl mit den klinisch-pathologischen Laboratorien

Ein weiteres Thema der Zufriedenheitsbefragungen im Jahr 2024 hat die Zufriedenheit der Allgemeinmediziner und Kinderärzte freier Wahl mit den für klinisch pathologischen Laboratorien in den vier Bezirken betroffen.

Im Allgemeinen, wenn auch mit Unterschieden zwischen den verschiedenen Labors, erzielten die Fragen bezüglich Struktur und Verständlichkeit des Befunds, klinischen Plausibilität und Genauigkeit, **einen hohen Zufriedenheitsgrad**. Die Bereiche, in denen ein geringerer Zufriedenheitsgrad verzeichnet wurde, betrafen die Art der Anforderung der Analysen und die entsprechenden EDV-Systeme sowie die Software für die Verschreibung der Analysen. Die Ergebnisse bezüglich der Wartezeiten für die Durchführung der Blutentnahme und die Durchführungszeit der Routineanalysen wurden mit erheblichen Unterschieden je nach Labor bewertet.

C) Befragung in der Abteilung Hospice/Palliativmedizin

In der Abteilung Hospiz/Palliativmedizin des Krankenhauses Bozen wurden die Erfahrungen mit den Wahrnehmungen der Familienangehörigen und/oder der Personen, die die kranke Person primär gepflegt hatte, erhoben. Die Umfrage, die seit 2015 jährlich durchgeführt wird, zielt darauf ab, Daten zu sammeln, um die Bedürfnisse und Erwartungen der betreuten Personen zu ermitteln und das angebotene Service zu verbessern. Die Rücklaufquote betrug 49,8 % (105 von 211 versandten Fragebögen wurden zurückgesandt).

Neben allgemeinen Informationen zu Verwandtschaftsgrad, Geschlecht und Alter sowie zur Verweildauer auf der Station wird durch den Fragebogen die Aufnahme, die Kommunikation, das Personal und die Behandlung der Schmerzen bis zum Todeszeitpunkt bewertet.

In Bezug auf die Aufnahme äußerten 95,2 % der Befragten ihre volle Zufriedenheit, während bei der Kommunikation 93,3 % das Gefühl hatten, umfassend über den Zustand des Patienten informiert worden zu sein, und 87,6 % die informativen und unterstützenden Gespräche des Personals positiv bewerteten.

Das Personal wurde sowohl nach seiner Zeit als auch nach seiner Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft bewertet. Die Zeit des medizinischen Personals wurde von 92,4 Prozent und die des Pflegepersonals von 96,2 Prozent als sehr/eher gut bewertet; Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit erhielten 93,4 Prozent bzw. 100 Prozent Zustimmung. Die anderen Berufsgruppen, sozio sanitäre Hilfskräfte und Psychologen, verzeichneten niedrigere Prozentsätze, allerdings immer noch um die 70 Prozent, wahrscheinlich weil sie nicht so kontinuierlich anwesend waren.

Der Umgang mit Symptomen und insbesondere mit Schmerzen wird sehr positiv bewertet, wobei 94 % der Befragten der Meinung sind, dass die Schmerzen des Patienten ziemlich /sehr gelindert werden konnte. Auch äußern schlussendlich 97,1 % der Angehörigen ihre volle Zufriedenheit mit der Unterstützung, die sie bei der Trauerverarbeitung erhalten haben.

D) Befragungen auf Bezirksebene

Weitere Umfragen wurden in den einzelnen Bezirken durchgeführt. Im Bezirk **Brixen** wird seit 1999 eine Umfrage unter den Patienten der Krankenhäuser Brixen und Sterzing durchgeführt. Die Daten werden noch ausgewertet und die Ergebnisse werden mitgeteilt, sobald sie vorliegen. Darüber hinaus werden auch die Angehörigen, der auf den pädiatrischen Stationen aufgenommenen Patienten befragt; die Ergebnisse werden in Form offener Antworten ausgedrückt und dem zuständigen Primararzt mitgeteilt.

Auch im **Bezirk Bruneck** wurden im Bereich der **Gynäkologie** und der **Reproduktionsmedizin** entsprechende Umfragen durchgeführt.

Hinsichtlich der Freundlichkeit und des Einfühlungsvermögens in beiden Bereichen betrifft, liegt sowohl für die Ärzte als auch das Pflegepersonal, das Verwaltungspersonal oder das Reinigungspersonal, der Anteil der sehr zufriedenen Befragten zwischen 78,7 % und 82,0 %. In der gynäkologischen Abteilung sticht das Thema Schmerzmanagement und Schmerzbehandlung mit 93,0 % sehr zufriedener Patienten hervor.

Im Bereich der Reproduktionsmedizin bewerten immerhin 77,5 % der Patientinnen die Qualität der Behandlungen durch die Ärzte als sehr zufriedenstellend, bei den Biologen sind es 77 %.

Die Bereiche in der gynäkologischen Abteilung, die im Vergleich schlechter abschneiden als andere, betreffen die Aufklärung und Information des Pflegepersonals über die durchgeführten Pflegemaßnahmen, die jedoch immer noch von 71,0 % der Befragten als sehr zufriedenstellend bewertet werden.

Im Bereich der Reproduktionsmedizin sind mit der Information über die Erfolgsraten nur 20,0% der Befragten sehr zufrieden, auch mit der Organisation hinsichtlich der Wartezeiten auf den vereinbarten Termin und der Ausstattung und den Räumlichkeiten der Ambulanz ist etwa die Hälfte der Befragten sehr zufrieden, während sich ein kleiner Teil - etwa 6-7% - als unzufrieden bezeichnet.

5.2 Beschwerden und Meldungen

Die Einrichtung und die Arbeitsweise der Büros für Bürgeranliegen sind durch verschiedene gesetzliche Bestimmungen geregelt:

- Gesetz Nr. 241 vom 7. August 1990
- Landesgesetz Nr. 171 vom 22. Oktober 1993

- Gesetz Nr. 150 vom 7. Juni 2000
- Gesetzesdekret Nr. 165 vom 30. März 2001
- Richtlinie des Präsidenten des Ministerrats vom 11. Oktober 1994 über die Grundsätze für die Errichtung und das Funktionieren der Büros für Bürgeranliegen.
- Richtlinie der Präsidenten des Ministerrats - Abteilung für den öffentlichen Dienst vom 7. Februar 2002 „Kommunikationsaktivitäten der öffentlichen Verwaltungen“
- Richtlinie der Präsidenten des Ministerrats - Abteilung für den öffentlichen Dienst vom 24. März 2004 "Erhebung der von den Bürgern wahrgenommenen Qualität"
- Betriebsprozedur „Handhabung der Schadensfälle und Meldung der präventiven Schadensfälle (2473/17)
- Prozedur Beschwerdemanagement des Amtes für Bürgeranliegen und der Dienststellen im Südtiroler Gesundheitsbezirken (9912/24)

Im Jahr 2024 wurde in Zusammenarbeit mit der Organisationseinheit für klinische Führung die Prozedur für die Bearbeitung von Beschwerden durch das Amt für Bürgeranliegen (URP) und die entsprechenden operativen Einheiten (UU.OO.) in den Gesundheitsbezirken formalisiert. Obwohl die Arbeitsabläufe des Büros für Bürgeranliegen bereits vorher festgelegt worden waren, wurden die einzelnen Phasen mit der Definition der neuen Prozedur formalisiert und um die Bereiche ergänzt, die in Zusammenarbeit mit der Organisationseinheit für die klinische Führung behandelt werden sollten. Dieses Verfahren definiert vor allem die folgenden Ziele, Indikatoren oder erwarteten Ergebnisse:

1. Sicherstellen, dass das Personal des Büros für Bürgeranliegen der operativen Einheiten und Mitteilungsstellen an allen Standorten des Gesundheitsbetriebes dieselben Verfahren anwenden;
2. Sicherstellen, dass die Meldungen gemäß den vorgesehenen Modalitäten und Fristen bearbeitet werden;
3. den Bürgerinnen und Bürgern ein einheitliches, transparentes und korrektes Verfahren zu garantieren;
4. Ermittlung und Förderung von Maßnahmen, einschließlich Sofortmaßnahmen, die zur Vermeidung und/oder Verringerung des Wiederauftretens von Ursachen für die Unzufriedenheit der Bürger nützlich sind;
5. mit Empathie zu kommunizieren, den Patientinnen und Patienten und den Hinweisgebern zuzuhören und sie zu unterstützen;
6. das Recht der Nutzer auf Zugang und Beteiligung zu gewährleisten;
7. die registrierten Meldungen zu klassifizieren und zu melden, um die Wahrnehmung der Bürger und Bürgerinnen und das Auftreten etwaiger kritischer Punkte zu überwachen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Arbeitsbelastung der Büros für Bürgeranliegen im Jahr 2024 höher war als im Jahr 2023, da im Jahr 2024 174 Meldungen mehr registriert wurden als im Vorjahr: Insgesamt wurden 2.821 Beschwerden bei den einzelnen Büros für Bürgeranliegen eingereicht, gegenüber 2.647 des Jahres 2023 (+6,6 %), davon 920 Beschwerden über Ticketbezahlungen, gegenüber 750 des Jahres 2023 (+22,7 %).

Die Beschwerden und Meldungen des Südtiroler Sanitätsbetriebs werden in das entsprechende Trouble-Ticketing-Programm eingetragen und nach spezifischen Kategorien klassifiziert, die es der Betriebsführung ermöglichen, die Hauptprobleme bei den erbrachten Dienstleistungen aufzudecken und dann mit gezielten Maßnahmen einzugreifen. Die drei Bereiche, die am häufigsten Anlass zur Unzufriedenheit der Nutzer geben, betreffen: **„Tarifbeanstandung/Ticketzahlung“**, **„Organisatorische Mängel“** und **„Mangelnde Betreuung durch das medizinische Personal“**.

Insbesondere die Probleme im Zusammenhang mit der Zahlung von Tickets machen fast die Hälfte der Gesamtzahl der Meldungen aus und sind im Jahr 2024 im Vergleich zu 2023 um +19,74 % gestiegen. Ein weiteres kritisches Element sind die **langen Wartelisten**, da dieser Bereich für die Bürger, die über Verzögerungen bei der Bereitstellung von Dienstleistungen und Schwierigkeiten beim rechtzeitigen Zugang zu Dienstleistungen berichten, von großer Bedeutung ist.

Kurz zusammengefasst beschwerten sich die Bürger häufig auch über **bürokratische/administrative Aspekte**, wie z. B. Schwierigkeiten bei Verwaltungsabläufen, der Nutzung von Online-Diensten und der Dokumentenverwaltung, die sich auf die Wahrnehmung der Effizienz des Systems auswirken. Darüber hinaus werden in Bezug auf die **beziehungsorientierten kommunikativen Aspekte**, die den direkten Kontakt mit dem Personal betreffen, Mängel in Bezug auf Höflichkeit und Unterstützung

wahrgenommen, die für einen qualitativ hochwertigen Dienst von grundlegender Bedeutung sind. Von grundlegender Bedeutung sind auch die **technisch-professionellen Aspekte**, da sich die Beschwerden in diesem Bereich auf vermeintliche technische Fehler, Abweichungen in den klinischen Prozeduren und Probleme im Zusammenhang mit der Qualität der Leistungen beziehen, was auf einen Verbesserungsbedarf in der betrieblichen Praxis hindeutet.

Um die Bearbeitung von Beschwerden auch aus EDV-Sicht zu optimieren, wurde beschlossen, die Software Intrafox Health Care einzusetzen. Diese Software wird derzeit an die Bedürfnisse des Betriebes angepasst, auch dank des Beitrags der Qualitätsdienststellen.

6 Mitarbeiterbefragung im Südtiroler Sanitätsbetrieb

UMFRAGE ZUM BETRIEBLICHEN ORGANISATIONSKLIMA

Im Jahr 2023 führte der Südtiroler Sanitätsbetrieb gemeinsam mit der Universitätshochschule Sant'Anna von Pisa eine Umfrage zum internen Organisationsklima durch, mit dem Ziel, die Mitarbeiterzufriedenheit zu ermitteln, die ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine Organisation ist. Zufriedene und motivierte Mitarbeiter sind produktiver und leistungsfähiger und fühlen sich dem Unternehmen gegenüber stärker verbunden.

Der Zufriedenheitsfragebogen wurde an rund 10.000 Führungskräfte und Mitarbeiter verteilt; die Teilnahmequote lag bei 35 %. Die behandelten Themen betrafen das Pandemiemanagement, Aspekte der individuellen Wahrnehmung der Arbeit im Südtiroler Sanitätsbetrieb, Arbeitsbedingungen, Führung, Kommunikation und Information, Aus- und Weiterbildung, das Haushaltssystem, die Bewertung der internen Dienste sowie das Gesundheitsamt in den Umstrukturierungs- und Veränderungsprozessen.

Zudem wurden die Arbeiten zur Auswertung der Ergebnisse bis zum Jahr 2024 verlängert.

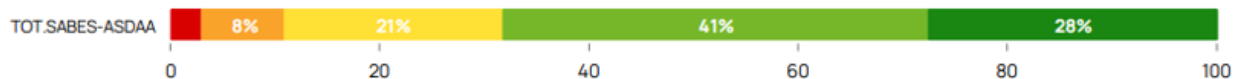
Einige signifikative Ergebnisse aus der Studie werden hier angeführt:

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

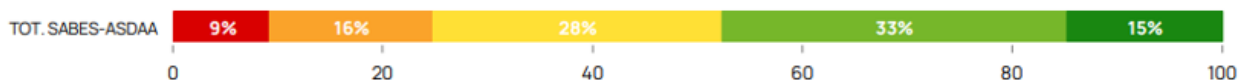
Il 69% dei responsabili di struttura ed il 48% degli altri dipendenti che hanno partecipato dichiarano di sentirsi realizzati.

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

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE

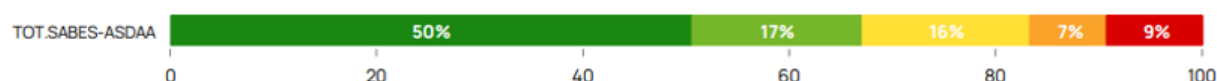


Lascerò la mia Azienda il prima possibile. / Ich werde mein Unternehmen so schnell wie möglich verlassen.

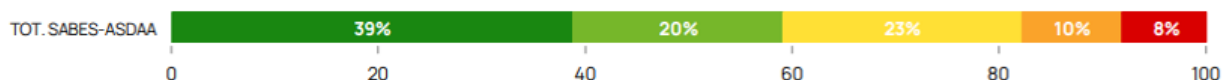
Il 16% dei responsabili di struttura ed il 18% degli altri dipendenti dichiara che lascerà l'azienda il prima possibile.

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

RESPONSABILI / FÜHRUNGSKRÄFTE



DIPENDENTI / MITARBEITENDE

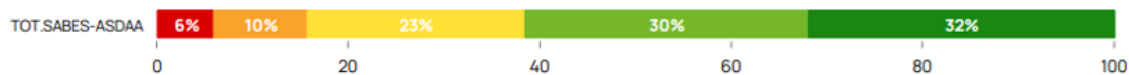


Mi sento parte integrante del team all'interno del quale lavoro in un clima di reciproca collaborazione. / Ich fühle mich als integraler Bestandteil des Teams, in dem ich in einer Atmosphäre der gegenseitigen Zusammenarbeit arbeite.

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 F&K 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

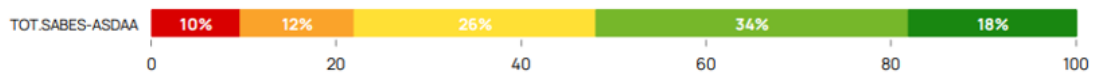


Consiglierei ad una/un collega di lavorare nella mia stessa Azienda. /
Ich würde einem/einer Kollegen/in empfehlen, in meinem Betrieb zu
arbeiten.

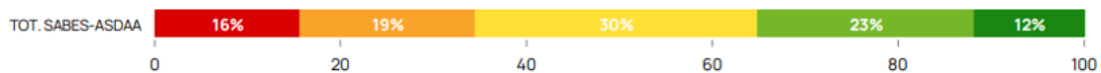
Trai rispondenti, circa il 52% dei responsabili ed il 25% degli altri dipendenti dichiara che consiglierebbe ad un collega di lavorare nella sua stessa Azienda. Il 22% tra i primi ed il 35% tra i secondi manifesta invece disaccordo.

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**

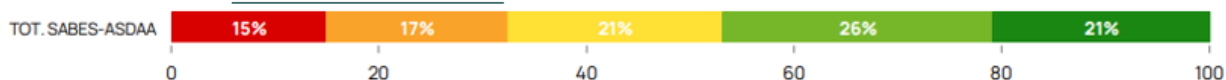


Il mio responsabile diretto sa gestire le situazioni conflittuali. /
Mein/e Vorgesetzter/e kann mit Konfliktsituationen umgehen.

**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.

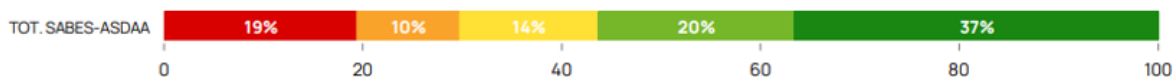
**Solo il 57% dei dipendenti e 52% dei
 responsabili dichiara di svolgere un
 colloquio annuale con il proprio superiore.**

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

**RESPONSABILI /
FÜHRUNGSKRÄFTE**



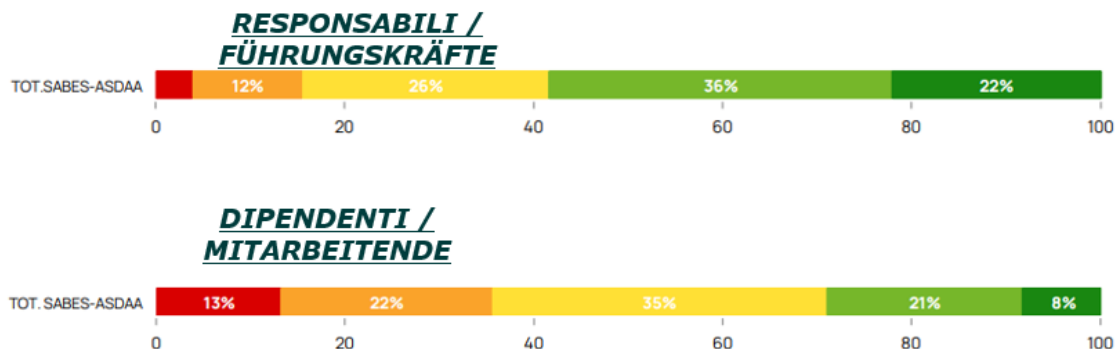
**DIPENDENTI /
MITARBEITENDE**



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.



Daraus ergaben sich wichtige Erkenntnisse und Anregungen zur Verbesserung des internen Organisationsklimas. Insbesondere ist es notwendig, Verwaltungsprozesse zu vereinfachen, die personellen Ressourcen zu stärken, Wartezeiten zu verkürzen und in organisatorische Innovationen zu investieren.

Ziel ist es, die Führungsarbeit auf allen Ebenen zu verbessern, eine effiziente Kommunikations- und Informationspolitik sicherzustellen und bürokratische Abläufe transparenter und übersichtlicher zu gestalten, um die Mitarbeiterzufriedenheit und damit die Attraktivität des Südtiroler Sanitätsbetriebes als Arbeitgeber und damit die Zufriedenheit unserer Kunden, Patienten und Nutzer zu steigern.

Austrittsgespräche – Exit-Interviews

Außerdem verbesserte der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Laufe des Jahres 2024 das Verfahren im Zusammenhang mit Austrittsgesprächen mit ausscheidenden Mitarbeitern. Im ersten Halbjahr wurden Fragebögen zur Ermittlung der Kündigungsgründe ausgefüllt, im zweiten Halbjahr erhielt jeder ausscheidende Mitarbeiter einen persönlichen Anruf und hatte die Möglichkeit, in einem Telefoninterview die Kündigungsgründe, das Betriebsklima, Angaben zum neuen Arbeitgeber und die Gründe für die Bevorzugung gegenüber dem Sanitätsbetrieb sowie Verbesserungsvorschläge zur Mitarbeiterbindung darzulegen. Von Januar bis Dezember 2024 wurden 331 freiwillige Kündigungen registriert (ohne Pensionierungen und Kündigungen aus anderen Gründen) und 257 dieser Mitarbeiter stimmten einem individuellen Austrittsgespräch zu. Tatsächlich wurden 151 Interviews durchgeführt, da die restlichen 106 ausscheidenden Mitarbeiter telefonisch nicht erreichbar waren. Die Ergebnisse dieser wichtigen Tätigkeit werden der Betriebsdirektion halbjährlich präsentiert und ermöglichen die Umsetzung konkreter Maßnahmen zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeitsqualität im Südtiroler Sanitätsbetrieb.

Ebenfalls im Jahr 2024 verabschiedete der Südtiroler Sanitätsbetrieb seinen Gleichstellungsplan und plant Schulungsmaßnahmen zum Thema Altersmanagement, um eine inklusive Unternehmenskultur zu fördern, die den unterschiedlichen Altersgruppen der Mitarbeiter Rechnung trägt.

Gender equality Plan

Die Genehmigung des Gender Equality Plans (GEP) ist ein wesentlicher Schritt zur Förderung eines gerechteren und integrativeren Arbeitsumfelds und zur Gewährleistung gleicher Chancen für alle Menschen im Sanitätsbetrieb, unabhängig vom Geschlecht. Darüber hinaus werden darin konkrete

Maßnahmen und Ziele dargelegt, die auf die Förderung der Gleichberechtigung und die Schaffung eines Arbeitsumfelds abzielen, das auf Vielfalt, Geschlechtersensitivität und Diversität basiert. Die allgemeinen Ziele des Plans sind:

- Bekämpfung sexueller Belästigung und geschlechtsspezifischer Gewalt.
- Förderung der Genderperspektive in der biomedizinischen Forschung und klinischen Praxis.
- Sensibilisierung für die Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung einer positiven Einstellung zur Inklusion.
- Maßnahmen zur Überwachung der Umsetzung des GEP und zur Datenerfassung.
- Integration der Genderperspektive in Medizin und Forschung.
- Förderung einer Betriebskultur, die auf Respekt und Wertschätzung der Unterschiede in den verschiedenen Lebensphasen basiert.
- Förderung der korrekten Verwendung des Geschlechts in der Sprache aller Unternehmensdokumente.
- Sammeln, analysieren und regelmäßig aktualisieren der quantitativen und qualitativen Daten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht, zu allen relevanten Bereichen innerhalb des Sanitätsbetriebes.

Stärkung der Zusammenarbeit mit dem einheitlichen Garantiekomitee zur Gewährleistung des Wohlergehens der Mitarbeiter und gegen Diskriminierung.

Akkreditierung Audit "Familieundberuf"

Im Jahr 2024 begann der endgültige Akkreditierungsprozess für das Audit „Familie und Beruf“, das das Engagement des Sanitätsbetriebes zur Förderung der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben festigte. Zwischen Ende 2024 und April 2025 werden in allen Gesundheitsbezirken strukturierte Interviews mit Mitarbeitern und Führungskräften aller Kategorien durchgeführt. Die Ergebnisse geben einen Überblick über die aktuelle Situation und die Wahrnehmung der Schlichtungspolitik durch die Mitarbeiter und bilden die Grundlage für zukünftige Verbesserungsstrategien. Die Ergebnisse werden der Betriebsdirektion vorgelegt, um Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens der Mitarbeiter festzulegen.

Der Sanitätsbetrieb beschränkt sich nicht nur darauf, auf familiäre Bedürfnisse einzugehen, sondern ist bestrebt, die Bedürfnisse zu berücksichtigen, die die Mitarbeiter in den verschiedenen Lebensphasen entwickeln. Dies bedeutet, dass ein flexibler und integrativer Ansatz verfolgt werden muss, der die Vereinbarkeitsbedürfnisse nicht nur derjenigen mit familiären Verpflichtungen berücksichtigt, sondern auch derjenigen, die mit Veränderungen im Zusammenhang mit beruflichem Wachstum, Alter, persönlicher Gesundheit oder anderen individuellen Situationen konfrontiert sind. Ziel ist es, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das das allgemeine Wohlbefinden der Mitarbeiter fördert.

Konventionen

Um das Wohlbefinden und die Qualität des Arbeitslebens zu fördern, wurden im Jahr 2024 einige Vereinbarungen mit Sporteinrichtungen in Südtirol aktiviert, um den Mitarbeitern ermäßigte Preise für Sportabonnements und -dienstleistungen anzubieten. Dieser Vorschlag steht im Einklang mit den Sozial- und Zusatzleistungsstrategien des Sanitätsbetriebes, stärkt dessen Attraktivität als Arbeitgeber und fördert das Zugehörigkeitsgefühl seiner Mitarbeiter.

Darüber hinaus blieben Vereinbarungen mit dem Transportdienst ITALO und einem Rabattservice für verschiedene Artikel namens Benefithub aktiv.

Onboarding

Im Jahr 2024 wurde der Onboarding-Prozess überarbeitet und in alle drei Säulen des Sanitätsbetriebes integriert. In Zusammenarbeit mit Experten der Sanitäts-, Pflege- und Verwaltungsdirektion wurde ein einheitliches Vorgehen vereinbart. Im Jahr 2025 soll dieses Verfahren vorgestellt und umgesetzt werden.

Führungskräfteentwicklung

Im Jahr 2024 wurden die ersten Maßnahmen des Führungskräfteentwicklungskonzepts umgesetzt. Das Konzept umfasst folgende Bereiche:

- Aufbau eines kontinuierlichen Weiterbildungsangebots für Führungskräfte in den Bereichen Führungskompetenzen (Sozialkompetenz, Selbstkompetenz, methodische Kompetenzen, Management & Leadership) sowie die Einrichtung eines Coachingpools für Führungskräfte.

- Bereitstellung von Führungsinstrumenten.
- Entwicklung von Nachwuchsführungskräften.

Weiterbildungsangebot

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 18 Weiterbildungen im Bereich der Führungskompetenzen angeboten. Aufgrund eines Wechsels an der Führungsspitze konnten die Weiterbildungen erst im Mai/Juni beginnen. Dennoch wurden insgesamt 95 Führungskräfte in verschiedenen Workshops und Seminaren geschult und weiterentwickelt. Aufgrund des verspäteten Starts mussten leider 8 Veranstaltungen wegen zu geringer Teilnehmerzahl abgesagt werden. Ein zentrales Ziel der Führungskräfteentwicklung ist die berufsübergreifende Organisation der Maßnahmen, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und Silodenken entgegenzuwirken. Dies zeigt sich deutlich in der nachfolgenden Tabelle, die die Teilnahme aller Berufsgruppen an den Seminaren illustriert:

	Pflegebereich	Sanitätsdirektion	Verwaltung
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

Schulungsworkshop für neue Führungskräfte

Neue Führungskräfte stehen vor besonderen Herausforderungen bei ihrem ersten Führungsauftrag im Sanitätsbetrieb. Daher wurde ein Schulungskonzept für neue Führungskräfte entwickelt, das folgende Themenbereiche umfasst: Führung im Südtiroler Sanitätsbetrieb, rechtliche Aspekte für Führungskräfte, Zielvereinbarungsprozess im Betrieb, Mitarbeiterführung, Mitarbeitermotivation, Selbstmanagement, Veränderungsmanagement, Managementaufgaben einer Führungskraft und Disziplinarordnung des Südtiroler Sanitätsbetriebs.

Aufbau eines Coachingangebots

Im Jahr 2024 wurde ein Coachingkonzept für Führungskräfte entwickelt und dokumentiert. Dieses Konzept sieht vor, dass Führungskräfte in folgenden Situationen ein Coachingangebot in Anspruch nehmen können:

- Übernahme neuer Führungsaufträge
- Konfliktsituationen
- Change-Projekte
- Reflexion der eigenen Führungsrolle und Förderung der Selbstreflexion

Im Jahr 2025 wird dieses Konzept der Betriebsdirektion vorgestellt und genehmigt.

Bereitstellung von Führungsinstrumenten

Das Führungskräfteentwicklungskonzept sieht die Bereitstellung folgender Führungsinstrumente vor:

Führungsinstrumente	Bezeichnungen
Führungsinstrument 1	Zielvereinbarung Generaldirektion

Führungsinstrument 2	Strategische FK-Klausur
Führungsinstrument 3	Netzwerk geregelter Besprechungen
Führungsinstrument 4	Abteilungs-/Bereichsklausur
Führungsinstrument 5	Mitarbeiterfördergespräch
Führungsinstrument 6	Mitarbeiterbesprechung/Jour Fixe
Führungsinstrument 7	Aus-, Fort- und Weiterbildung
Führungsinstrument 8	Qualitäts- und Riskmanagement
Führungsinstrument 9	Mitarbeiterbeurteilung

Es wurde abteilungsintern entschieden, mit dem Mitarbeiterfördergespräch, den Zielvereinbarungen der Führungskräfteklausuren und der Aus-, Fort- und Weiterbildung zu beginnen.

Mitarbeiterfördergespräch und Mitarbeiterbeurteilung

Das Mitarbeiterfördergespräch samt Kompetenzanalyse wurde vereinheitlicht und weiterentwickelt. Das Konzept wurde mit den Stabstellen für berufliche Entwicklung in der Pflegedirektion und Sanitätsdirektion besprochen. 2025 folgt die Verwaltungsdirektion, anschließend wird das Konzept in der Betriebsleitung präsentiert, um dessen Einführung zu beschließen und mit Schulungen und Einführungsworkshops für Führungskräfte zu starten. Ein wichtiger Schwerpunkt im Jahr 2025 ist die Digitalisierung und Informatisierung dieses Führungsinstruments.

Zielvereinbarungsgespräche

Im Jahr 2024 wurden durch das Amt für Controlling erste Schulungen für Führungskräfte zum Führungsinstrument der Zielvereinbarungsgespräche durchgeführt.

Führungskräfteklausur

Im Jahr 2024 entschied die Generaldirektion, die Führungskräfteklausurtagung mit 50 Führungskräften durchzuführen. Dabei wurden vor allem die Strategien und Herausforderungen des Jahres 2025 und der folgenden Jahre im Rahmen von Strategieworkshops besprochen und diskutiert.

PNRR-Weiterbildung im Managementbereich

Das Land Südtirol führte im Jahr 2024 den PNRR-Lehrgang zur Verbesserung der Managementkompetenzen der Führungskräfte des Sanitätsbetriebs durch. Die Personalentwicklung leistete dabei vor allem inhaltlichen und verwaltungstechnischen Support zur Vereinfachung der Teilnahme. Auch bei der Information externer Referenten war die Abteilung stark eingebunden.

Aufbau einer Nachwuchsführungskräfteentwicklung

Im Jahr 2024 wurde ein Assessment Center zur Ermittlung geeigneter Nachwuchsführungskräfte durchgeführt, an dem rund 30 interne Führungskräfte beteiligt waren. Mit Unterstützung einer HR-Agentur wurde ein auf die Führungswerte basierendes Assessment Center entwickelt, das drei Assessments umfasste:

- Vorstellung des eigenen Führungsverständnisses und Abgleich mit den Führungswerten des Betriebs
- Rollenspiel im Führungsalltag (Simulation eines Mitarbeitergesprächs)
- Projektmanagement in der Gruppe (Simulation einer Projektdurchführung in der Arbeitsgruppe)

Alle Führungskräfte, die als Beobachter eingesetzt wurden, nahmen an einem eintägigen Seminar teil. Im Mai 2024 wurden im Rahmen von vier Tagen 65 Mitarbeitende aus allen drei Bereichen (Pflegedirektion: 26, Sanitätsdirektion: 23, Verwaltungsdirektion: 16) durch das Assessment Center geführt. 47 Personen wurden in den zweijährigen Lehrgang aufgenommen, der im Jahr 2024 startete. Im Folgenden wird der zweijährige Lehrgang veranschaulicht



Unterstützungsmaßnahmen für den Erwerb der Zweitsprache

Angeichts des Mangels an qualifiziertem Personal im Gesundheitssektor hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Jahr 2024 zusätzliche Unterstützungsmaßnahmen eingeführt, um das Gesundheitspersonal ohne Zweisprachigkeitsnachweis beim Erwerb der für die Arbeit relevanten Sprachkompetenzen zu begleiten. Ziel ist es, die Erlangung des vertraglich geforderten Zweisprachigkeitsnachweises zu erleichtern und in ein langfristiges Arbeitsverhältnis zu investieren.

Im Jahr 2024 wurde ein Monitoringsystem eingerichtet, um einen Überblick über die sprachliche Situation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Zweisprachigkeitsnachweis zu erhalten. Es wurden insgesamt **62 interne Deutsch- und Italienischkurse** organisiert, darunter **18 intensive A1-Sprachkurse** (einmonatige Kurse vor Dienstantritt; online und in Präsenz) sowie **44 extensive Sprachkurse** (sechsmonatige Kurse) auf den Niveaustufen A1, A2, B1, B2 und C1 (online und in Präsenz). Insgesamt wurden ca. **450 Kursplätze** besetzt. Von den Mitarbeitenden ohne Zweisprachigkeitsnachweis, die 2024 angestellt wurden, haben **mehr als 80%** an einem oder mehreren internen Sprachkursen teilgenommen. Darüber hinaus wurden externe Sprachkurse sowie intensive Sprachaufenthalte (einmonatige Aufenthalte) im Ausland und in Italien finanziell unterstützt und als Arbeitszeit anerkannt.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb wurde als Prüfungszentrum für die **ÖSD-Zertifizierungsprüfung der deutschen Sprache** akkreditiert. Im Oktober 2024 wurden die ersten internen Prüfungen auf den Niveaustufen B2 und C1 mit einer externen ÖSD-Prüfungskommission durchgeführt. Zudem wurde eine Zusammenarbeit mit dem **Dante-Alighieri-Institut** für die **PLIDA-Zertifizierungsprüfung der italienischen Sprache** auf den Niveaustufen B2 und C1 gestartet.

Zusätzlich wurden individuelle **Sprachberatungen** für Mitarbeitende angeboten, und im Rahmen des **Sprachvolontariats** wurden **30 Sprachpartnerschaften** ins Leben gerufen.

Interne und externe Weiterbildung

Die interne und externe Aus- und Weiterbildung dient der Qualifizierung, Förderung und Weiterentwicklung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie trägt damit wesentlich zum Erhalt und zur Weiterentwicklung der Arbeitsfähigkeit, der Motivation- und Bewusstseinssebene sowie zum Erreichen der betrieblichen Ziele bei.

Im Jahr 2024 hat der Sanitätsbetrieb **861 internen Weiterbildungsveranstaltungen** organisiert und durchgeführt.

Weiters hat der Sanitätsbetrieb im 2024 **15.500 Teilnahmen an externen Weiterbildungsveranstaltungen** gewährleistet.

Weiterbildung im Bereich Arbeitssicherheit

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat folgende Kurse für die **Grundausbildung im Bereich Arbeitssicherheit** angeboten:

Grundkurs allgemeiner Teil (4 Stunden): Im Jahr 2024 haben 1.280 Mitarbeiter den Arbeitssicherheitskurs „Grundkurs- allgemeiner Teil“ absolviert.

Grundkurs spezifischer Teil niedriges Risiko (4 Stunden) und **hohes Risiko** (12 Stunden): Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat 7 Typologien von Grundkursen „spezifischer Teil“ aufgrund der Art der

Tätigkeit der Mitarbeiter und der ausgesetzten Risiken angeboten: klinischer sanitärer Bereich, Bereich Pflegedienste, technischer Bereich, Bereich Ökonomat, Bereich Küche und Kantine, Bereich Verwaltung und einen eigenen Kurs für das strahlenexponiertes Personal. 2024 wurden 1.347 Mitarbeiter ausgebildet.

Auffrischkurs (6 Stunden): Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat 6 Typologien von Auffrischkursen angeboten: klinischer sanitärer Bereich, Bereich Pflegedienste, technischer Bereich, Bereich Ökonomat, Bereich Küche und Kantine und Bereich Verwaltung. 2024 wurden 3.788 Mitarbeiter ausgebildet.

Weiters organisiert Der Südtiroler Sanitätsbetrieb auch **Schulungs- und Auffrischkurse in Präsenz für Führungskräfte und Vorgesetzte:**

- Ausbildung Arbeitssicherheit für Vorgesetzte (8 Stunden): Im Jahr 2024 wurden keine Kurse für die Vorgesetzte organisiert.
- Auffrischung Arbeitssicherheit für Vorgesetzte (6 Stunden): Im Herbst 2024 wurden 5 Auflagen mit jeweils ca. 30 Teilnehmern organisiert.
- Arbeitssicherheitsschulung für Führungskräfte (16 Stunden): im Laufe des Jahres 2024 wurden 7 Auflagen mit jeweils ca. 30 Teilnehmern organisiert.
- Auffrischungsschulung für Führungskräfte (6 Stunden): Im Herbst 2024 wurden 5 Auflagen mit jeweils ca. 30 Teilnehmern organisiert.

Außerdem hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Kurs „**GDPR und Datenschutz im Gesundheitswesen**“ angeboten. Im Jahr 2024 haben 6.524 Mitarbeiter diesen Kurs absolviert.

Bericht über die Zufriedenheit der Kantinennutzer

Der Kantinendienst des Bezirks Bozen ist nach ISO9001-2015 zertifiziert. Im Rahmen dieser Regelung sieht die Betriebsanweisung (IO) 08 – „Erhebung der von den Kantinennutzern wahrgenommene Qualität“ vor, dass die Zufriedenheit der Nutzer der Kantine des Krankenhauses Bozen jährlich erhoben wird.

Daher wurde die geplante Kundenzufriedenheitsbefragung für das Jahr 2024 im Zeitraum vom 03.12.2024 bis 20.12.2024 durchgeführt.

An dieser Umfrage nehmen alle Mitarbeiter des Bezirks Bozen teil, die eingeladen sind, den Online-Fragebogen¹ (Programm „Formulare“) zu beantworten, um Ihre Zufriedenheit mit dem angebotenen Service auszudrücken.

Zum Zeitpunkt der Rückgabe der ausgefüllten Fragebögen (20. Dezember 2024) waren 629 Fragebögen eingegangen, was einem Tagesdurchschnitt von etwa 850 Zugängen zur Kantine entspricht, d.h. etwa 74 % derjenigen, die den Service täglich nutzen.

Für das Jahr 2024 wurde bei der Frage nach der Initiative "Green Days" festgestellt, dass sich die prozentualen Zustimmungswerte im Vergleich zum Jahr 2023 verschlechtert haben.

Insbesondere der Grad der Wertschätzung – der auf einer Skala von Gut, Akzeptabel, Schlecht ausgedrückt werden konnte – in Bezug auf die 3 untersuchten Punkte stellte sich wie folgt dar:

Bewertung = Gut		
Gegenstand	2024	2023
Menge der Gerichte	50,4% der Angestellten	53%
Vielfalt der Gerichte	21,3% der Angestellten	26,4%
Geschmack der Gerichte	29,4% der Angestellten	29,2%

Die Bemühungen der Küche, diese Art von Angeboten attraktiver zu gestalten, werden teilweise durch die leicht gestiegene Zufriedenheit in Bezug auf den Geschmack belohnt, obwohl die Bewertung "mangelhaft" immer noch sehr deutlich ist.

¹ Der Fragebogen wird nicht an Studenten des universitären Ausbildungszentrums für Gesundheitsberufe Claudiana (im Folgenden Claudiana) verschickt.

Die Akzeptanz der Green Days ist nach wie vor gering, da die Befragten den veganen Tag nach wie vor als eine Zumutung empfinden; aus den Kommentaren geht der Wunsch nach zumindest einer vegetarischen Alternative und nach einer größeren Auswahlvielfalt hervor.

Es ist zu beachten, dass bei den anderen Punkten viele Prozentsätze über den vorgesehenen Qualitätsstandards² liegen, die in der operativen Anweisung IO 08 – "von den Kantinennutzern wahrgenommene Qualität" – vorgesehen sind.

Abgesehen von dem, was sich in Bezug auf das Angebot der Green Days herausgestellt hat, bestätigen die Daten eine allgemeine Wertschätzung des Dienstes durch die Nutzer, insbesondere auch in Bezug auf die Professionalität des Kantinenpersonals.

In Anbetracht des Alters der Struktur scheint die Kantine im Vergleich zu den neuen Bedürfnissen unterdimensioniert zu sein; ein kritischer Datenpunkt ist nach wie vor die Lärmbelastung, die 2023 von 40 % der Nutzer als schlecht empfunden wurde und 2024 auf 45,9 % anstieg.

Es gibt viele Beschwerden über die langen Warteschlangen und damit die Wartezeiten. Die Situation hat sich sogar noch verschlimmert, da zu den Studenten der Claudiana nun auch Studenten der neuen medizinischen Fakultät hinzugekommen sind.

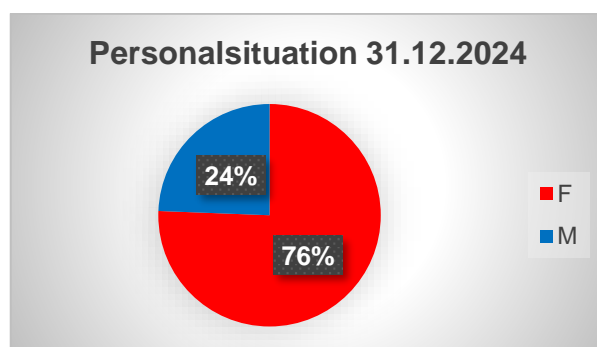
In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass sich die neue Krankenhauskantine, die in der „neuen Klinik“ entstehen wird, in der Planungs- und Bauphase befindet; auch aus diesem Grund wird versucht, die Investitionen nach Möglichkeit zu begrenzen, indem sie für unbedingt notwendige Arbeiten reserviert werden.

7 Einheitliches Garantiekomitee für Chancengleichheit, die Aufwertung des Wohlbefindens der Bediensteten und gegen Diskriminierungen

Die Bewertung über die Personalsituation ist eine Obliegenheit des Einheitlichen Garantiekomitees (EGK) laut Richtlinien der Präsidentschaft des Ministerrates vom 04. März 2011 und nachfolgender Richtlinie der Präsidentschaft des Ministerrates Nr. 2/2019.

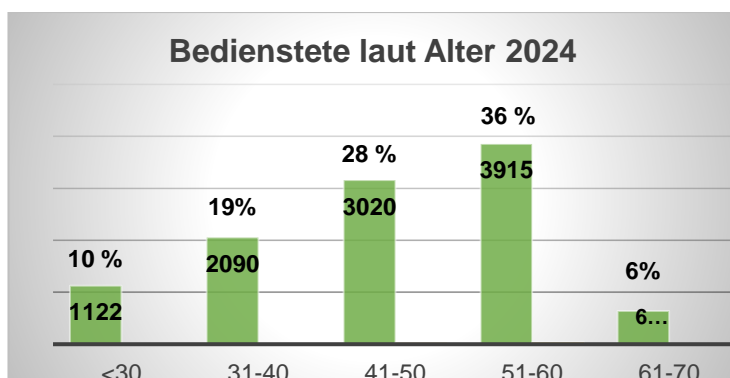
7.1 Analyse der Daten zum Personal und Monitoring

Im Südtiroler Sanitätsbetrieb überwiegt der Frauenanteil: 76 % der Bediensteten sind weiblich und 24 % männlich. In absoluten Zahlen beläuft sich die Zahl der weiblichen Mitarbeiterinnen auf 8.189 und jene der männlichen Mitarbeiter auf 2.635.



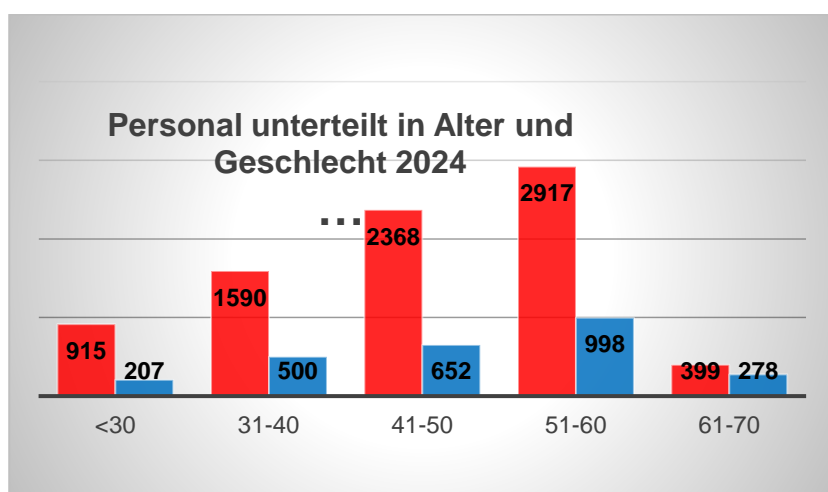
² Die Betriebsanweisung 08 enthält Qualitätsstandards, die mit den jährlich erhobenen Daten über die von den Kantinennutzern wahrgenommene Qualität verglichen werden.

Darstellung der Bediensteten laut Alter 2024



Das Durchschnittsalter der Bediensteten des Südtiroler Sanitätsbetriebes steigt stetig an: zum 31.12.2024 besteht das Personal zu 42% aus über 50-Jährigen (gleichbedeutend 4.592 Einheiten).

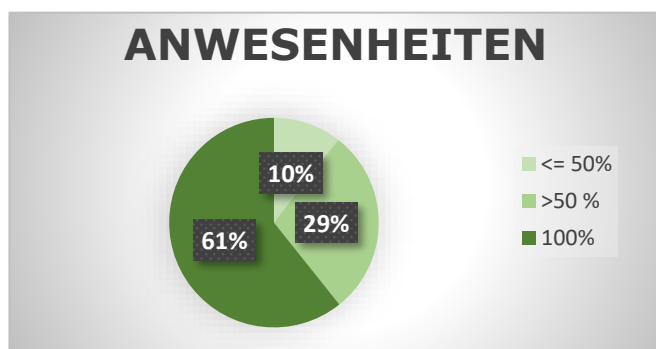
Seit 2007 bis heute verzeichnet man daher einen Anstieg von 26%, es lässt sich daher eine Tendenz zur progressiven Altersteigerung des Personals ableiten.



Frauen rot – Männer blau

Arbeitszeitformen: Vollzeit und Teilzeit

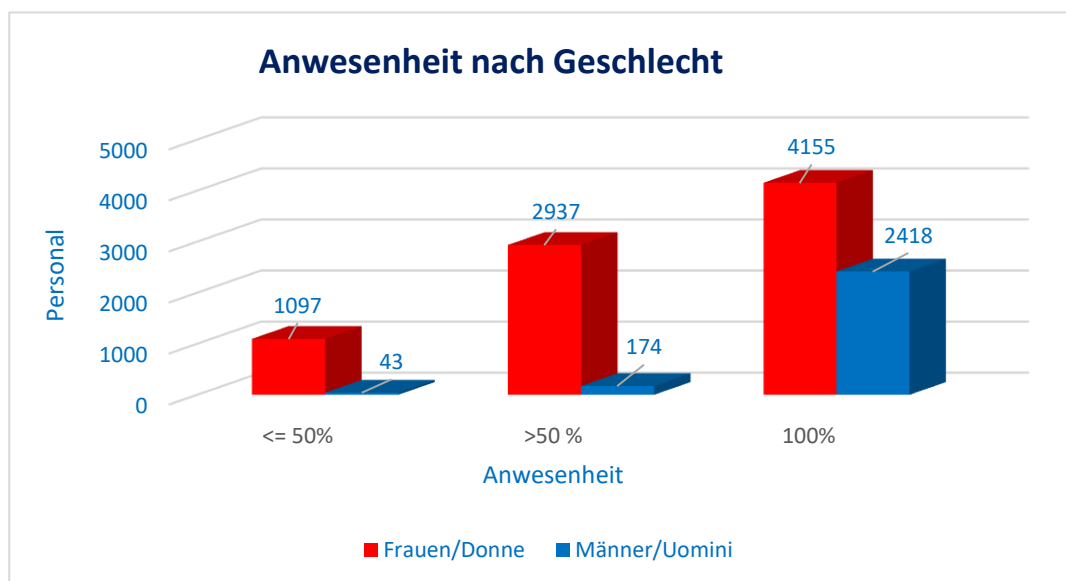
Arbeitszeitform	Anzahl Bedienstete
Part-time <=50%	1.140
Part-time >50%	3.111
Vollzeit	6.573
Insgesamt	10.824



Wie aus der obigen Grafik ersichtlich ist, arbeiten 61% der Bediensteten in Vollzeit, 10% in Teilzeit zu <=50% und 29% der Bediensteten arbeiten in einem Teilzeitverhältnis zu >50%. Die Gesamtanzahl der Bediensteten in Teilzeitverhältnis ist 4.251 auf 10.824 Angestellten.

Arbeitszeitformen nach Geschlecht

Arbeitszeitform	Frauen	Männer	Insgesamt
Part-time <=50%	1.097	43	1.140
Part-time >50%	2.937	174	3.111
Vollzeit	4.155	2.418	6.573
Insgesamt	8.189	2.635	10.824



Laut der o.g. Analyse arbeitet gemäß Geschlecht ca. 92% des männlichen Personals (in Zahlen: 2.418) in Vollzeit, dagegen arbeitet ca. 51% des weiblichen Personals (in Zahlen 4.155) ebenfalls ganztägig.

Es zeigt sich ein deutliches Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern bei der Nutzung der Teilzeitformen, die von 95% der Frauen ausgeübt wird (siehe ersten beiden Kolonnen des oben angeführten Histogrammes).

Vereinbarkeitsmaßnahmen

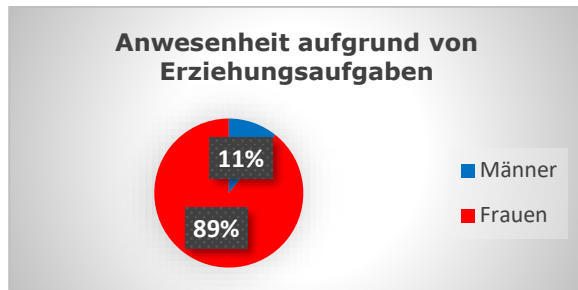
Arten der Maßnahmen zur Vereinbarkeit	Frauen	Männer	Insgesamt
Personal Part-time	4.034	217	4.251
Personal mit agilem Arbeitssystem	178	71	249
Personal mit Telearbeit	8	2	10
Insgesamt	4.220	290	4.510

Die Daten zu den Vereinbarkeitsmaßnahmen zeigen, dass diese Institute insgesamt von etwa 42% des Personals genutzt werden.

Was die geschlechtsspezifische Aufteilung betrifft, so überschneidet sich die Zahl mit derjenigen für die Teilzeitarbeit, da diese zu etwa 94% von weiblichen Bediensteten genutzt wird.

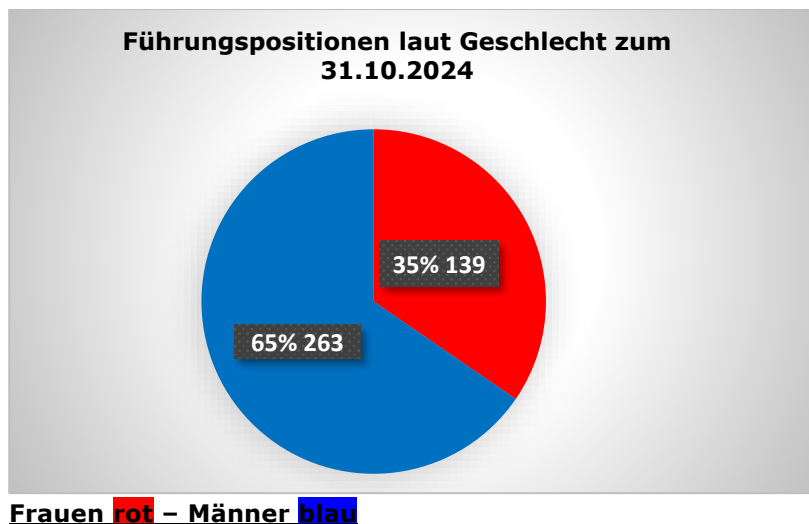
Nachstehende Daten sind zum 31.10.2024 aktualisiert:

Abwesenheiten aufgrund von Erziehungsaufgaben



Abwesenheiten aufgrund von Erziehungsaufgaben werden vorwiegend von Frauen genutzt 89% wie aus der voranstehenden Grafik klar hervorgeht.

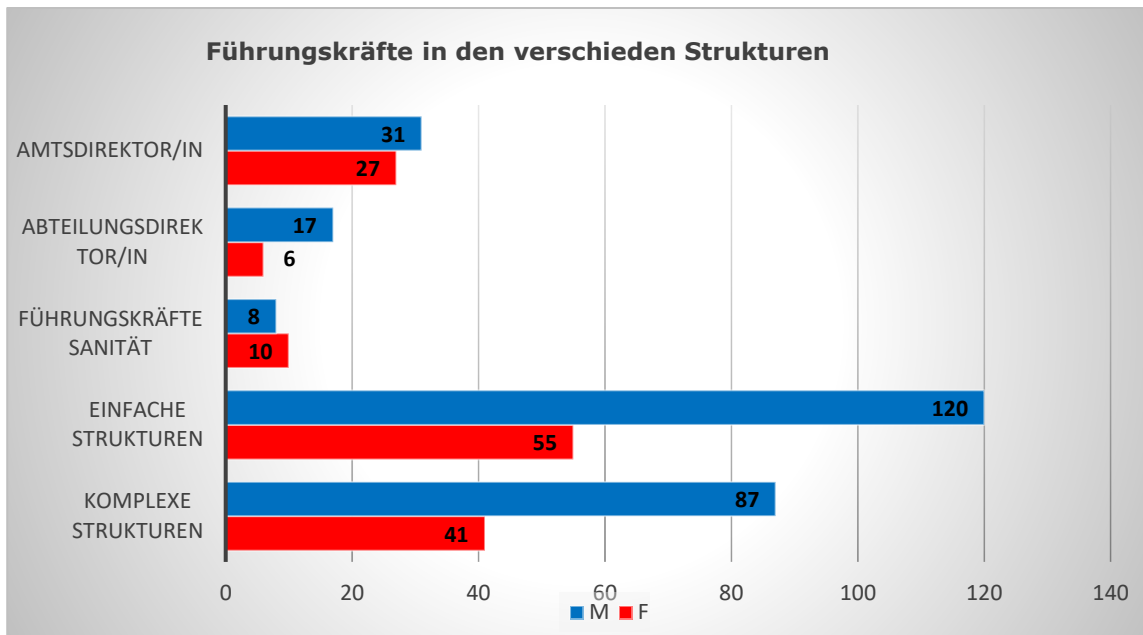
Führungspositionen laut Geschlecht



Im Allgemeinen zeigt die Personaldatenlage im Südtiroler Sanitätsbetrieb, dass das Personal insgesamt zu 76% aus Frauen und zu 24% aus Männern besteht (Grafik zur Personalsituation). Betrachtet man die Zahlen der Führungspositionen (obere Grafik), so stellt man fest, dass nur 35% der Frauen Führungspositionen innehaben, während 65% der Männer Führungspositionen bekleiden.

Dieses Missverhältnis verdeutlicht, dass es in Führungspositionen ein erhebliches Geschlechtergefälle gibt.

Für weitere Details siehe nachstehende Grafik:



7.2 Positive Aktionen und Projekte

Erstellung von mehrjährigen Programmierungs-, Analyse- und Überprüfungsdokumenten

- Dreijahresplan der positiven Aktionen 2024-2026 laut G.v.D. Nr. 198/2006 (sog. Kodex für Chancengleichheit) in Zusammenarbeit mit der Abteilung Personalverwaltung und der Abteilung Personalentwicklung;
Handlungsfelder:
 - Überwachung und Analyse der Personalsituation im Betrieb;
 - Förderung der Vereinbarkeit von Privat- und Berufsleben;
 - Weibliche Führung - Unterstützung und Begleitung in Entwicklungs- und Veränderungsprozessen;
 - Entwicklung von Maßnahmen zur Prävention und Bekämpfung von Beschwerden, Konflikten, Diskriminierung und Gewalt am Arbeitsplatz;
 - Förderung des organisatorischen Wohlbefindens und der Qualität des Berufslebens;
 - Zusammenarbeit zwischen EGK und Verwaltung;
 - Chancengleichheit und Inklusion.
- Gleichstellungsplan (Gender Equality Plan-GEP) laut europäischen Leitlinien in Zusammenarbeit mit der Abteilung Personalentwicklung, der Vertrauensrätin des Südtiroler Sanitätsbetriebes, dem Dienst für Arbeitssicherheit und der Abteilung Forschung, Innovation und Lehre (IRTS);
- Anpassung des integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans (sog. PIAO) gemäß D.P.R. Nr. 81/2022 im Abschnitt der positiven Aktionen bezüglich der Überwindung des Gendergaps;
- Erstellung des Jahresberichts zur Personalsituation gemäß Ministerialdekretes Nr. 2/2019.

Aktionsplan zur Sicherheit und Vorsorge bei Gewalt an Bediensteten

- Zusammenarbeit und Aktualisierung der Betriebsprozedur Nr. 2298/20 zur Handhabung der Aggressionen gegenüber dem Gesundheitspersonal;
- Mitarbeit in den verschiedenen Arbeitsgruppen auf Betriebs- und Bezirksebene bei der Analyse von Aggressionseignissen und bei der Ermittlung von geeigneten Präventionsmaßnahmen.

Maßnahmen gegen Belästigung, Diskriminierung und Mobbing

- Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin bei der Systematisierung der Interventionsmethoden bei den gemeldeten Fällen und der Gesamtleitung der geplanten Initiativen;
- Ausarbeitung der vom Einheitlichen Garantiekomitee vorgeschlagenen operativen Regelung des Netzwerkes des Wohlbefindens im Betrieb und Austausch mit den beteiligten Diensten.

Studie des organisatorischen Wohlbefindens und der Gesundheit

- Vorstellung des Abschlussberichtes der (zweijährigen) Studie vom EGK unter Führung des Prof. Francesco Avallone der Universität Unitelma Sapienza - Rom - 06.02.2023.
Das Hauptziel der Studie, wie aus dem Abschlussbericht zu entnehmen ist, war die Aufarbeitung einer Erfahrung um mögliche Elemente für die Förderung der Gesundheit, der Organisationsentwicklung und des organisatorischen Wohlbefindens hervorzuheben. Die Teilnehmer/innen der Fokusgruppe haben die gemeinsamen Zusammentreffen und den daraus resultierenden Dialog über individuelle Erfahrungen und Schwierigkeiten geschätzt, in der Hoffnung, dass ähnliche Initiativen des Austausches und Zuhörens auch in Zukunft stattfinden können, um eine Gelegenheit der Betrachtung und Vertiefung zu schaffen.
Die beteiligten Personen hegen den Wunsch des Angehört Werdens, des respektvollen Umganges, der Wertschätzung, der Teilnahme, der Bewertung, der Prämierung und besonders der Möglichkeit ihre Ideen und Projekte einbringen zu können.
Die angehört Personen haben Wertschätzung des Berufes, professionelle Haltung und Verantwortung, Verfügbarkeit und Interesse in eine gemeinsame Zukunft manifestiert, auch wenn die Bedingungen des Arbeitsumfeldes als stressig erlebt werden.

7.3 Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit

Jahreskalender 2025

- Suche der Themen für den Jahreskalender 2025, Organisation und Supervision des gesamten Prozesses;
- Die Auswahl fiel auf das Thema der „Freundlichkeit“ in all ihren Dimensionen.

Website, Publikationen und Vorträge

- Publikationen auf der Homepage mysabes und auf dem Newsletter, regelmäßige Aktualisierung der institutionellen Webseite;
- Referate, Vorträge bei Kongressen, Tagungen und verschiedenen bereichsspezifische Initiativen.

8 Externe und interne Kommunikation

Die Abteilung Kommunikation des Südtiroler Sanitätsbetriebes hat auch im Jahr 2024 ihre strategischen Aufgaben ausgeübt und erweitert. Sie koordinierte sowohl die externe als auch die interne Kommunikation und unterstützte dabei die Generaldirektion, die Gesundheits- und Verwaltungsdienste des Betriebes und kommunizierte im Dienste der Bürgerinnen und Bürger. Die Tätigkeiten der Abteilung umfassten verschiedene Bereiche:

Externe Kommunikation und Medienarbeit

Es wurden zahlreiche **Pressemitteilungen** erarbeitet und **Pressekonferenzen** organisiert, beispielsweise anlässlich der Vorstellung neuer Führungskräfte oder die Besichtigung von Baustellen. Bei Anfragen für Interviews und vertiefende Beiträge vermittelte die Abteilung den Kontakt zwischen Journalistinnen und Journalisten und betriebsinternen Expertinnen und Experten. Sämtliche Veranstaltungen wurden mithilfe von Texten, Fotos und Videos dokumentiert, auf der Website veröffentlicht und an die Medien versendet.

Kongresse, Tagungen und Symposien – Die Abteilung übernahm die Medienarbeit bei zahlreichen von den Abteilungen und Diensten des Sanitätsbetriebes organisierten Veranstaltungen, an denen nationale und internationale Expertinnen und Experten teilnahmen.

2024 erschienen vier Ausgaben der **Betriebszeitschrift „one“** sowie eine zusätzliche Sonderausgabe mit einer Auswahl der besten Geschichten aus der Rubrik „Begegnungen – Patientengeschichten, die berühren“. Alle Geschichten wurden auch auf der Webseite des Sanitätsbetriebes veröffentlicht und an die Medien versendet und wurden gut rezipiert. Jede Ausgabe wurde sowohl in gedruckter Version verteilt als auch online zur Verfügung gestellt. Die Artikel hatten informativen und auch empathischen Charakter, trugen zur Imageförderung bei den Mitarbeitenden im Sanitätsbetrieb bei und wurden durchwegs positiv aufgenommen.

Die Abteilung betreute außerdem die Kommunikationsmaßnahmen im Rahmen der **PNRR-Projekte**, insbesondere für die **elektronische Gesundheitsakte EGA 2.0**. Dies umfasste Informationstexte für Medien, für soziale Netzwerke und die Website sowie die Unterstützung bei der Schulung des Personals.

Informations- und Sensibilisierungskampagnen

Die Abteilung erarbeitete folgende Kampagnen zu Themen der öffentlichen Gesundheit:

- **HIV-Screening:** Events vor Ort und kostenlose Tests, in Zusammenarbeit mit verschiedenen Organisationen und eine Social-Media-Kampagne.
- **Grippe- und Coronaschutz-Impfungen:** neues Design und Slogan, umfangreiche Verbreitung über die Medien, soziale Netzwerke, Plakate und Infoscreens in den Zügen.
- **Informationskampagne zur Vorbeugung des Respiratorischen Synzytial-Virus (RSV):** eine spezielle Webseite, gedrucktes Informationsmaterial und -videos für Eltern.
- **Sanibook-Kampagne:** Kampagne zur Förderung der Nutzung der Plattform alternativ zur einheitlichen Vormerknummer.
- **Respekt und Freundlichkeit:** visuelle Botschaften zur Förderung des Respekts gegenüber des Gesundheitspersonals.
- **„Wenn ich Brot sage, woran denkst du?“** Ziel der Kampagne war, die Gewohnheiten der Südtirolerinnen und Südtiroler beim Brotverzehr zu untersuchen und ernährungswissenschaftliche Informationen bereitzustellen.
- **Weniger Salz und mehr Jod:** über den Gebrauch von Jodsalz und richtige Ernährung.
- **Impfungen gegen Zecken:** Bewerbung der zwei Open Days für die kostenlose Impfung.

Online-Kommunikation

Die **Webseite www.sabes.it** wurde mithilfe der neuen Software „Kontent.ai“ aktualisiert und um neue Bereiche zu Impfungen, Informationen für Mitarbeitenden und FAQs erweitert.

Die **Social-Media-Aktivität** wurde stark verstärkt: Auf Facebook hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb 14.138 Follower, auf X 1.623 und auf Instagram 2.106. Zudem wurde regelmäßig auf LinkedIn gepostet mit 15.000 Followern. Die Profilansichten und Interaktionen nahmen deutlich zu.

YouTube und thematische Videos: Die multimedialen Inhalte, einschließlich Live-Streaming und Videos auf YouTube, erweiterten die Reichweite der Informationen.

Interne Kommunikation

Die Abteilung erstellte und verbreitete zahlreiche **Rundschreiben**, insbesondere in Krisenzeiten (Kommissarische Verwaltung, Ernennung von Führungskräften), was zu einer zeitnahen und geordneten Information beitrug. Die sprachliche Überarbeitung und grafische Vereinheitlichung wurden weitergeführt.

Die **Presseschau** wurde täglich zusammengefasst und an die Betriebsdirektion geschickt, um bei Bedarf Stellungnahmen zu kritischen Artikeln zu unterstützen.

Der **interne Newsletter**, der grafisch überarbeitet wurde, erschien monatlich.

Ein wesentlicher Beitrag wurde im Laufe des Akkreditierungsprozesses bei **„Accreditation Canada“** geleistet: Durch Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen sowie Unterstützung zur Stärkung des Bewusstseins und der Einhaltung der geforderten Standards. Das Niveau „Platin“ wurde schließlich erreicht.

Übersetzungen und Korrektur von Texten

Die Abteilung führte regelmäßig Übersetzungs- und Korrekturarbeiten von Texten durch und befasste sich mit der sprachlichen Anpassung und Korrektur zahlreicher textlicher Inhalte für verschiedene Publikationen.

Druck und Verteilung von Broschüren und Informationsmaterialien

Die Abteilung lieferte Übersetzungen und Korrekturen für zahlreiche Materialien: Broschüren für Schwangere und Kinder, Flugblätter, Plakate und Präsentationen.

Veranstaltungen und Events

Einige Veranstaltungen, die kommunikativ begleitet worden sind:

- **Forum Gesundheit Südtirol:** 4 Vortragsabende, auch im Streaming.
- **Gesundheitsmesse:** 7 Themenstände und umfangreiche Beteiligung von Mitarbeitenden, zahlreiche Besucher.
- **Summer School, Own Your Future, „Eine Woche lang Profi sein“ mit Schulen:** Berufsorientierung für junge Studierende.
- **Konferenz über Behinderung, Teddybär-Krankenhaus, Pensionierungsfeiern und interne Feierlichkeiten.**

Jede Initiative wurde durch Begrüßungstexte, dedizierte Grafiken, Werbematerialien und Medienberichterstattung unterstützt.

Öffentlichkeitsarbeit und Beschwerdemanagement

Das Amt für Bürgeranliegen bearbeitete 2.821 Meldungen (2.385 Beschwerden, 136 komplexe Anfragen, 300 Fälle von Lob). Die Hauptgründe für die Meldungen waren:

1. Beschwerden über Tarife/Ticketzahlungen – 920 Meldungen (30,7% des Gesamtvolumens)
2. Organisatorische Mängel – 228 Meldungen (9,5%)
3. Mängel bei der medizinischen Versorgung – 205 Meldungen (8,6%)

Im Herbst 2024 wurde eine Umfrage zur Zufriedenheit von Krankenhauspatienten durchgeführt, an der etwa 16.000 Personen beteiligt wurden. Die Ergebnisse werden 2025 erwartet.

Weitere Tätigkeiten

Die Abteilung arbeitete bei der Aktualisierung der Disziplinarordnung und der Dienstpflichten sowie des Verhaltenskodex für das Personal des Südtiroler Sanitätsbetriebes mit, der an die Änderungen der neuen Vorschriften angepasst wurde, insbesondere an den DPR 62/2013, der 2023 angepasst wurde.

Der Kodex wurde von der Personalabteilung in Zusammenarbeit mit dem Antikorruptions- und Transparenzbeauftragten überarbeitet, nach Anhörung des positiven Gutachtens der Kommunikationsabteilung und der Referentin für die Beziehungen zu den Gewerkschaften.

Die Abteilung arbeitete auch mit dem Amt für Allgemeine Angelegenheiten an einem Entwurf zur Regelung von Sponsoringverträgen zusammen.

9 Gesundheitsziele und Ziele zur Optimierung der klinischen Führung (Qualität, Angemessenheit und Riskmanagement)

Im Rahmen der Reorganisation der klinischen Governance wird insbesondere die schrittweise Umsetzung des Landesgesundheitsplans im Bereich der klinischen Versorgung fortgesetzt.

Die Organisationseinheit verfügt über ein Steuerungsinstrument, welches auf der Philosophie der kontinuierlichen Verbesserung aufbaut und die PDCA-Methode (siehe unten angeführte Definition) nutzt, um die Betreuung der Patienten laufend zu verbessern bzw. einen definierten Qualitätsstandard zu halten.

Der Prozess „Messen, Analyse und Verbesserung“ sieht folgende Aktivitäten vor:

- Aktivitäten für die Überprüfung und Sammlung von Daten auf der Grundlage von:
 - Patientenzufriedenheits-Erhebungen;
 - Ergebnisse aus durchgeführten Audits;
 - Überprüfung der Ziele, Prozesse und erbrachten Dienstleistungen;
 - Überprüfung von Abweichungen/Nicht-Konformitäten;
 - Handhabung der unerwünschten Ereignisse;

- Beschwerden;
- Anfragen von Schadensersatzforderungen;
- Ergebnisse von erhobenen Indikatoren;
Aktivitäten im Rahmen der Datenanalyse: dadurch, dass laufend und regelmäßig Daten erhoben werden, können kritische Bereiche festgestellt und aufgezeigt werden, sowie neue Verbesserungsvorschläge definiert werden;
- Aktivitäten zur kontinuierlichen Verbesserung durch:
 - Korrekturmaßnahmen;
 - Präventionsmaßnahmen;
 - Verbesserungsmaßnahmen;
 - Definition von Verbesserungsplänen (Ziele/Qualitätsplan).

Das Qualitätsmanagementsystem sieht die Planung und Durchführung von internen und externen Überprüfungen/Audits vor. Ziel der Audits ist es, kritische Punkte aufzudecken, um kontinuierliche Verbesserungen des Systems zu ermöglichen. Die Überprüfungstätigkeit ist koordiniert und kollaborativ: Der Auditor bringt seine technischen, zwischenmenschlichen Fähigkeiten und Erfahrungen in den Prozess ein.

Die Programmierung der internen Systemaudits liegt in der Verantwortung der Organisationseinheit für die klinische Führung und wird von der Betriebsdirektion validiert. Die spezifische Schulung für interne Auditoren (gemäß ISO 19011) wurde geplant und durchgeführt und bietet einem multiprofessionellen Pool von 23 Mitarbeitern einheitliche Standards und Fachwissen.

Am 11.04.2023 wurde das interne (System-)Auditprogramm 2023-2025 validiert und von der Betriebsdirektion freigegeben.

Im Rahmen des internen Programms zur Einhaltung der Händehygiene - gemäß den WHO-Leitlinien und der internen Betriebsprozedur „Händehygiene“ (ID:2351/22) - wurden im Laufe des Jahres 21 Beobachtungen durchgeführt, davon 18 in Krankenhäusern und 3 im territorialen Bereich.

Im Jahr 2024 wurden insgesamt 28 interne Audits durchgeführt, davon 7 Systemaudits und 21 Beobachtungen zur Händehygiene. Die Organisationseinheit für die klinische Führung unterstützte die Dienste für Krankenhaushygiene bei der Implementierung des neuen digitalen Moduls, das speziell für Audit-Aktivitäten entwickelt wurde, sowie bei der Entwicklung von Werkzeugen zur Unterstützung dieser Tätigkeiten.

Mit Betriebsbeschluss vom 27.10.2020, Nr. 663 gibt der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Auftrag für eine internationale Akkreditierung zur Unterstützung und zum Ausbau des betrieblichen Qualitätsmanagementsystems an die Gesellschaft „Accreditation Canada“ (AC).

Das Akkreditierungsprogramm umfasst den gesamten Südtiroler Sanitätsbetrieb mit dem Ziel die Umsetzung von hohen Qualitätsstandards zur Steigerung der Sicherheit von Patienten und Mitarbeitern umzusetzen.

Vom 27. Mai bis 7. Juni 2024 fand der externe Auditbesuch statt. 151 Audits wurden von 10 externen Auditor:innen durchgeführt. Es wurde dabei die Umsetzung von 29 Standards, 37 Hauptprozessen und 2.858 Kriterien bewertet.

Im Juli 2024 übermittelte Accreditation Canada einen ausführlichen Abschlussbericht und einen Entscheidungsbefehl. Die Akkreditierungskommission hat dem Südtiroler Sanitätsbetrieb im Rahmen des Qmentum-Akkreditierungsprogramms das Akkreditierungslevel - Platin verliehen.

Mit Verhandlungsverfahren ohne vorhergehende Veröffentlichung der Bekanntmachung zur Vergabe der Dienstleistung für die Re-Akkreditierung nach dem Standard Qmentum International (AD) für den Zeitraum 2025-2027 hat der SABES mit Accreditation Canada einen neuen Vertrag unterzeichnet. Dadurch setzt sich SABES für einen weiteren 3-jährigen Akkreditierungszyklus 2024-2027 ein, entsprechende Umsetzungsmaßnahmen werden fortlaufend von den beteiligten Abteilungen/Diensten vorgenommen.

Clinical Riskmanagement: Das Phoenix 5.0-Referenzsystem für das Risikomanagement im Gesundheitswesen besteht aus einer Reihe von organisatorischen, strukturellen und

managementspezifischen Anforderungen, die es den Einrichtungen bei korrekter Anwendung ermöglichen, eine sicherere Patientenversorgung zu gewährleisten.

In dem System sind die Kriterien in stufenweisen komplexen Pfaden organisiert, so dass sie schrittweise übernommen und an die verschiedenen Realitäten der Gesundheitseinrichtungen angepasst werden können.

Das System ist in drei Anforderungskriterien unterteilt, die schrittweise und stufenweise vertieft werden: Jedes höhere Kriterium umfasst zusätzlich zu seinen eigenen Anforderungen auch alle Anforderungen der vorhergehenden.

Sobald die ersten drei Kriterien erfüllt sind, ist es möglich, auf eine Reihe von speziellen Anforderungen zuzugreifen, die sich auf einzelne Einrichtungen/Dienste/Organisationen beziehen.

Die Grundanforderungen wurden für den gesamten SABES erhalten; das erste Niveau wurde für die Krankenhäuser in Bozen und Meran erreicht; das zweite Niveau wurde für die Krankenhäuser in Schlanders, Brixen, Sterzing und Bruneck erreicht. SABES wurde in der Woche vom 14. bis 18. Oktober 2024 einem externen Audit unterzogen – die Zertifikatsübergabe fand am 7. November 2024 statt.

Die strategische Leitung hat den Zugang zu einem zweiten Akkreditierungszyklus mit dem Phoenix 5.0-System für 2025 bestätigt mit der Zielsetzung die Nicht-Konformitäten zu sanieren, das zweite Niveau für den ganzen SABES anzustreben und für einzelne Disziplinen eine Exzellenzakkreditierung zu erreichen.

Die Betreuungspfade (PDTA) sind ein klinisches Managementinstrument zur Definition des besten Versorgungsprozesses, um spezifische Gesundheitsbedürfnisse zu erfüllen, basierend auf den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen, angepasst an den lokalen Kontext und unter Berücksichtigung der verfügbaren Ressourcen. Im Juni 2024 wurde das 'Handbuch zur Erstellung von diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfaden' (ID 7943/24) veröffentlicht, das als operative Anleitung für alle Mitarbeiter in den Phasen der Planung, Umsetzung und Überwachung der Pfade dient. Dieses Dokument gibt Hinweise zu den Methoden und Mindestanforderungen der Ausarbeitung, den beteiligten Rollen und Verantwortlichkeiten sowie den nützlichen Werkzeugen. Bei dieser Gelegenheit wurde auch ein Verfahrensablauf zur Meldung von Themen für zukünftige PDTA geteilt.

Im Berichtszeitraum wurden unter anderem die folgenden Themen mit der Zusammenarbeit von Experten aus verschiedenen Bereichen behandelt:

Der Betreuung Pfad für Frauen Opfer von Gewalt (Erika), Der Betreuungspfad für Minderjährige Opfer von Misshandlung und/oder Vernachlässigung „PRO-CHILD“; Stroke, Polytrauma, Multiple Sklerose, Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS); STEN (dringende neonatale Transporte), Betreuungspfade für die Schwangerschaften mit mittlerem und erhöhtem Risiko, Betriebsprozedur zur Diagnose und allgemeine Behandlung von Dysphagie im Erwachsenenalter.

Anlage

„Bericht zu den Zielen des Jahrestätigkeitsprogramms 2024“

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
3	A.1.3	A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	Implementazione di protocolli anti violenza, con riferimento particolare alla violenza sulle donne, sui minori e sugli uomini. Umsetzung von Protokollen gegen die Gewalt, insbesondere in Bezug auf Gewalt gegen Frauen, Minderjährige und Männer.	BSC 2024: <i>Implementati i protocolli clinici (assistenza e follow-up) e amministrativi per il contrasto della violenza sulle donne, sui minori e sugli uomini.</i> <i>Umsetzung der klinischen Protokolle (Betreuung und Follow-up) und Verwaltungsprotokolle gegen die Gewalt an Frauen, Minderjährigen und Männern.</i> OTTIMIZZAZIONE E CONSOLIDAMENTO dei percorsi di presa in carico, gestione e follow up dei pazienti attraverso: -Sensibilizzazione della cittadinanza -Formazione del personale sanitario -Costruzione della rete territoriale (come da protocolli operativi) -Nomina di referenti interni ai reparti e servizi per la gestione delle vittime di abuso/violenza di genere (minori e donne) -Valutazione e interpretazione degli indicatori raccolti (indicatori specifici e di processo) - inizio dei lavori per il contrasto della violenza sugli uomini OPTIMIERUNG/KONSOLIDIERUNG der Betreuungspfade für die Patientenübernahme, -betreuung und -nachsorge durch: -Sensibilisierung der Bevölkerung -Schulung des Personals -Aufbau des territorialen Netzwerkes (wie von den operativen Protokollen vorgesehen) -Ernennung von abteilungsinternen Referenten (für Minderjährige und Frauen Opfer von Missbrauch und geschlechtsspezifische Gewalt) -Evaluation und Interpretation der erhobenen Indikatoren (spezifische und Prozessindikatoren) - Beginn der Arbeiten gegen die Gewalt an Männern	<u>Violenza alle donne</u> Sensibilizzazione della cittadinanza tramite canali interni (flyer/poster/infocard) Formazione (on-line e in presenza) di personale sanitario aziendale dal 2021: > 550 persone Costruzione della rete territoriale: rete ospedaliera; gruppo multidisciplinare aziendale - 90% Nomina referenti interni Creazione indicatori <u>Violenza ai minori</u> Il percorso/ protocollo anti violenza riguardante i minori è stato implementato e ottimizzato. La popolazione è stata sensibilizzata durante le visite cliniche quotidiane con il paziente e vari media (Giornali, Radio TV locali). Il personale è stato formato durante il Simposio Pro Child. Il network territoriale con assistenti sociali e "aiuti famigliari precoci" è stato consolidato. Sono avvenute le nomine dei referenti interni. Il PDTA risulta implementato con successo anche per quanto riguarda gli indicatori. <u>Violenza agli uomini</u> Per il contrasto per la violenza sugli uomini l'Azienda Sanitaria ha elaborato un documento programmatico "Gewalt gegen Männer im Südtiroler Gesundheitsbetrieb - Grundsatzpapier 2024". <u>Gewalt an Frauen</u> Sensibilisierung der Bevölkerung über interne Kanäle (Flyer/Poster/Infocard) Schulung (on-line und Präsenzveranstaltungen) des betrieblichen Sanitätspersonals seit 2021: > 550 Personen Aufbau des territorialen Netzwerkes: KH-Netzwerk; multiprofessionale Bezirksgruppe- 90% Ernennung interne ReferentInnen Erarbeitung der Indikatoren <u>Gewalt an Minderjährige</u> Der Betreuungspfad für die Patientenübernahme, -betreuung und -nachsorge von Minderjährigen Opfer von Gewalt wurde optimiert und konsolidiert durch Sensibilisierung der Bevölkerung, durch Aufklärung der Patienten, mediale Auftritte in Tageszeitungen, Radio und Fernsehen; Schulung des Personals durch Teilnahme am Symposium "Pro-Child"; Enge Zusammenarbeit mit territorialen Netzwerken (Sozialdiensten, Frühe Hilfen); Ernennung von abteilungsinternen Referenten erfolgt. Der Betreuungspfad ist auch in Bezug auf die Indikatoren erfolgreich umgesetzt. <u>Gewalt an Männer</u> In Bezug auf die Gewalt an Männern wurde das Dokument "Gewalt gegen Männer im Südtiroler Gesundheitsbetrieb - Grundsatzpapier 2024" ausgearbeitet.
4	A.1.4	A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	PSINET Attuazione dei tre percorsi aziendali elaborati nel 2023. Psicologia scolastica: implementazione del concetto sviluppato nel 2023 e sua valutazione. Psicologia di base: elaborazione di un concetto all'interno dell'apposito gruppo di lavoro. Definizione di un nuovo protocollo clinico-gestionale aziendale per l'attività svolta nei consultori familiari pubblici. Umsetzung der 3 betrieblichen Pfade, die im 2023 ausgearbeitet wurden. Schulpsychologie: Umsetzung des im Jahr 2023 ausgearbeiteten Konzeptes und dessen Bewertung. Basispsychologie: Ausarbeitung eines Konzeptes innerhalb der entsprechenden Arbeitsgruppe. Festlegung eines neuen klinischverwaltungstechnischen Protokolls zur Tätigkeit, die in den öffentlichen Familienberatungsstellen durchgeführt wird.	BSC 2024: <i>Implementati i tre percorsi aziendali (responsabilità dei servizi nella rete, neuropsicologia, assistenza dei neonati a rischio). Psicologia scolastica: implementato il concetto, tenuto conto delle risorse disponibili, e sua valutazione. Psicologia di base: elaborato un concetto all'interno dell'apposito gruppo di lavoro "Psicologia di base". E' definito un ulteriore percorso aziendale per l'attività svolta nei consultori familiari pubblici</i> <i>Die 3 betrieblichen Pfade (Verantwortung der Dienste im Netzwerk, Neuropsychologie, Betreuung der Risiko-Neugeborenen) sind umgesetzt. Schulpsychologie: das Konzept ist mit Rücksicht auf die verfügbaren Ressourcen umgesetzt und bewertet. Basispsychologie: ein Konzept ist innerhalb der Arbeitsgruppe "Basispsychologie" ausgearbeitet. Ein weiterer betrieblicher Pfad ist für die in den öffentlichen Familienberatungsstellen durchgeführte Tätigkeit festgelegt.</i> 1) Effettuare la valutazione per tutti e tre i percorsi in tre fasi: (a) definire i criteri di valutazione; (b) raccogliere e analizzare i dati in base ai criteri; (c) analizzare i risultati e formulare azioni di miglioramento. Scrivere una breve relazione sull'intero processo di valutazione. 2) Psicologia scolastica: realizzazione di un incontro a livello distrettuale tra SP e scuole, realizzazione di un incontro tra psicologi scolastici per lo scambio di esperienze sull'attuazione, incontro per lo scambio di esperienze con le 3 sovrintendenze scolastiche, stesura di una relazione e di un catalogo di misure per l'ulteriore sviluppo della psicologia scolastica. 3) Psicologia di base: partecipazione alle riunioni del gruppo di lavoro, preparazione di una bozza di concetto, presentazione alla direzione operativa o in assessorato. 4) Creazione di un elenco di prestazioni che vengono erogate e accoppiamento di queste ai flussi di dati predefiniti. 1) Durchführung der Evaluation für alle drei Pfade in drei Schritten: (a) Definition der Evaluationskriterien, (b) Erhebung und Auswertung anhand der Kriterien; (c) Analyse der Ergebnisse und Formulierung von Verbesserungsmaßnahmen. Verfassen eines Kurzberichtes über den gesamten Evaluationsprozess. 2) Schulpsychologie: Durchführung von einem Treffen auf Bezirksebene zwischen PD und Schulen, Durchführung eines Treffens der Schulpsychologinnen zum Erfahrungsaustausch bezgl. Umsetzung, Treffen zum Erfahrungsaustausch mit den drei Schülämtern, Erstellung eines Berichts und Maßnahmenkatalogs für die weitere Entwicklung der Schulpsychologie. 3) Basispsychologie: Teilnahme an den Treffen der AG, Erstellung eines Konzeptentwurfes, Vorstellung in der Betriebsdirektion bzw. im Assessorat. 4) Erstellung einer Liste der Leistungen mit Zuordnung zu den vorgegebenen Datenflüssen.	Sono stati implementati i tre percorsi operativi (responsabilità dei servizi in rete, neuropsicologia e assistenza ai neonati a rischio). Il concetto di psicologia scolastica è stato implementato con le risorse umane attivabile ed è stato valutato. Il concetto di psicologia di base è stato elaborato. È disponibile un percorso per i consultori. 1) Per tutti e tre i percorsi operativi sono stati definiti, implementati e verificati i criteri di attuazione e valutazione. 2) Psicologia scolastica: si sono svolti tutti gli incontri di scambio previsti. Nella riunione di valutazione con le tre intendenze scolastiche è stata valutata l'attuazione, sono state stabilite le ulteriori misure. Questi punti sono documentati nel verbale. 3) Il concetto di psicologia di base è stato sviluppato in stretta consultazione con la Direzione Sanitaria e l'assessore. 4) Parallelamente agli incontri con i responsabili incaricati dalla direzione, sono stati definite le prestazioni dei consultori con assegnazione ai flussi dei dati. Die drei betrieblichen Pfade (Verantwortung der Dienste im Netzwerk, Neuropsychologie und Betreuung der Risiko-Neugeborenen) wurden umgesetzt. Das Konzept Schulpsychologie wurde im Rahmen der aktivierbaren Personalressourcen umgesetzt und bewertet. Das Konzept Basispsychologie wurde ausgearbeitet. Ein Pfad für die öffentlichen Beratungsstellen liegt vor. 1) Für alle drei betrieblichen Pfade wurden Umsetzungs- und Bewertungskriterien definiert, umgesetzt und überprüft. 2) Schulpsychologie: alle vorgesehenen Austauschtreffen haben stattgefunden. Im Evaluationstreffen mit den drei Schülämtern wurde die Umsetzung bewertet, die weiteren Maßnahmen festgelegt und im Protokoll dokumentiert. 3) Das Konzept Basispsychologie wurde in enger Absprache mit Sanitätsdirektion und LR erstellt. 4) Parallel zu den Treffen mit den von der Direktion beauftragten Verantwortlichen, wurden die Leistungen der Beratungsstellen mit Zuordnung zu den Datenflüssen definiert.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
5	A.1.5	A Riqualficare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	PSINET Sviluppo dei percorsi di presa in carico tempestiva dei pazienti affetti da ASD (Autistic Spectrum Disorder - Disturbo dello Spettro Autistico) e implementazione nel nuovo catalogo prestazioni e flusso informativo Entwicklung von frühzeitigen Betreuungspfaden für Patienten mit ASD (Störungen des autistischen Spektrums) und Einführung in den neuen Leistungskatalog und Informationsfluss	BSC 2024: <i>Nr pazienti con ASD presi in carico sui pazienti in attesa per fasce d'età. Adottato nuovo catalogo da tutti i professionisti che operano per il servizio di psichiatria dell'età evolutiva e alimentato il flusso dati provinciale.</i> <i>Anzahl der Patienten mit ASD, die aus der Warteliste übernommen wurden, nach Altersgruppen. Übernahme des neuen Katalogs durch alle Fachleute, die für den Dienst der Kinder-und Jugendpsychiatrie arbeiten, und Einspeisung in den landesweiten Datenfluss.</i> <i>a) Creazione del primo Centro/casa per l'autismo nel Comprensorio sanitario di Bolzano (trasferimento del Servizio NPIA).</i> <i>b) Potenziamento dell'offerta assistenziale sul territorio in collaborazione con i servizi sociali (territorio Bressanone e Salorno).</i> <i>c) Ampliamento offerta riabilitativa presso "Il Cerchio"/Bolzano per le sedi di Bz e Bressanone.</i> <i>d) Partecipazione al gruppo di lavoro per la implementazione della cartella ambulatoriale NGH per i centri convenzionati AUTOS, Il CERCHIO; EOS ambulatorio specialistico di Brunico</i> <i>e) Realizzazione di "progetti per autismo" finanziati da fondi ministeriali, se verrà approvato il progetto presentato da assessorato.</i> <i>f) Teacher traning per autismo anno scolastico 2023/2024 per scuole materne tedesche.</i> <i>a) Einrichtung des ersten Zentrums/„Haus für Autismus" im Gesundheitsbezirk Bozen.</i> <i>b) Ausbau des Betreuungsangebots auf dem Territorium in Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten (Gebiet Brixen und Salurn).</i> <i>c) Erweiterung des Rehabilitationsangebots bei „Il Cerchio" in Bozen für die Standorte Bz und Brixen.</i> <i>d) Teilnahme an der Arbeitsgruppe zur Umsetzung der NGH-Ambulanzkartei für die konventionierten Zentren AUTOS, Il CERCHIO, EOS- Fachambulanz in Bruneck</i> <i>e) Realisierung von "Autismus-Projekten", die mit ministeriellen Mitteln finanziert werden, wenn das vom Assessorat vorgelegte Projekt genehmigt wird.</i> <i>f) Lehrerfortbildung für Autismus Schuljahr 2023/2024 für deutsche Kindergärten.</i>	a) Nonostante i problemi tecnici, per i quali il progetto ha subito dei rallentamenti, questi comunque non hanno compromesso in modo sostanziale la conclusione dei lavori di ristrutturazione. Dal sopralluogo effettuato in data 16.1.2025 i lavori di ristrutturazione risultano praticamente terminati. b) Gli operatori del Cerchio hanno potenziato la loro presenza a scuola e ove necessario a domicilio, garantendo la collaborazione con i servizi sociali. Non è stato possibile, come richiesto dal territorio Bassa atesina, aprire una sede ambulatoriale in loco. c) Nel 2024 Il Cerchio ha garantito 2 giornate di presenza a Bressanone ampliando l’offerta riabilitativa. A Bolzano l'ampliamento della offerta iniziata già nel 2023 è proseguita anche nel 2024 prendendo in carico 94 nuovi pazienti. d) I lavori per l’implementazione della cartella ambulatoriale NGH sono stati avviati in collaborazione con la Ripartizione Informatica. e) È stato possibile realizzare “progetti per autismo” in quanto dal 01.10.2024 sono stati assunti 11 psicologi con contratto libero professionale, finanziati con i Fondi PNRR. Tali professionisti sono assegnati ad area minori e adulti in tutti e 4 i Comprensori sanitari. f) Per l’anno scolastico 2023/2024 per le scuole materne in lingua tedesca sono stati organizzati dei teacher training nei giorni 15/11/2023 e 07/2/2024, dalle ore 15.00 alle ore 18:00 online. Hanno partecipato più di 100 iscritti. a) Trotz technischer Probleme kam es bei dem Projekt zu einigen Verzögerungen, die jedoch den Abschluss der Renovierungsarbeiten nicht wesentlich beeinträchtigt haben. Bei der Inspektion am 16.1.2025 wurde festgestellt, dass die Renovierungsarbeiten praktisch abgeschlossen sind. b) Die Mitarbeiter des Kreises haben ihre Präsenz in der Schule und gegebenenfalls zu Hause verstärkt und die Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten sichergestellt. Es war nicht möglich, wie vom Gebiet des Südtiroler Unterlandes gefordert, eine Ambulanz vor Ort zu eröffnen. c) 2024 garantierte Der Kreis 2 Präsenztage in Brixen und erweiterte damit das Rehabilitationsangebot. In Bozen begann die Erweiterung des Angebots im Jahr 2023 und wurde 2024 fortgesetzt, wobei 94 neue Patienten aufgenommen wurden. d) In Zusammenarbeit mit der IT-Abteilung wurde mit der Implementierung der NGH-Ambulanzdatei begonnen. e) Es war möglich, ab dem 01.10.2024 „Autismus-Projekte" zu implementieren, 11 Psychologen wurden mit einem freiberuflichen Vertrag eingestellt, der mit PNRR-Mitteln finanziert wurde. Diese Fachkräfte sind in allen 4 Gesundheitsbezirken im Kinder- und Erwachsenenbereich eingesetzt. f) Für das Schuljahr 2023/2024 wurden am 15.11.2023 und 07.02.2024, jeweils online von 15.00 bis 18.00 Uhr, Lehrerfortbildungen für die deutschsprachigen Kindergärten organisiert. Mehr als 100 Teilnehmer haben daran teilgenommen.
6	A.1.6	A Riqualficare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	Implementazione progressiva della riorganizzazione della rete odontoiatrica Schrittweise Umsetzung der Reorganisation des zahnärztlichen Netzes	BSC 2024: <i>È implementata progressivamente la riorganizzazione della rete odontoiatrica per le prestazioni curative ospedaliere e territoriali ed è definita la rete per l'assistenza protesica e ortodontica.</i> <i>Schrittweise Umstrukturierung des zahnärztlichen Netzwerkes für die Leistungen im Krankenhaus und außerhalb und Einrichtung eines Netzwerkes für die prothetische und kieferorthopädische Betreuung.</i> 1.La rete odontostomatologica integrata e unificata a coordinamento odontoiatrico viene istituzionalizzata; 2. implementazione dell'assetto organizzativo e assistenziale come da organigramma (unità operativa struttura complessa di Odontostomatologia con coordinamento medico unico e con referenti ospedalieri e territoriali. Nomina del coordinatore del Servizio Odontoiatrico di Bolzano - servizio aziendale di Igiene dentale); 3. riorganizzazione dei punti di erogazione ospedaliera e territoriale (Bressanone, Brunico, Vipiteno, Silandro, S.Candido); 4. Introduzione e attuazione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi e validati; 5. Implementazione dei percorsi di presa in carico per le categorie di pazienti definite e aventi diritto nelle varie sedi (vulnerabili e urgenze) ; 6. utilizzo del nomenclatore tariffario secondo i LEA in ospedale e anche nel territorio; 7. aumento scaglionato della pianta organica degli igienisti dentali e assunzione di 4 FTE entro il 31.12.2024 1. Das integrierte und einheitliche zahnärztliche Netzwerk mit zahnärztlicher Koordination ist istitutionalisiert; 2. Umsetzung der Organisations- und Betreuungsstruktur gemäß dem Organigramm (Komplexe Struktur für Zahnheilkunde mit einheitlicher ärztlicher Koordinierung und mit Referenten für KH und Territorium; Ernennung des Koordinators im zahnärztlichen Dienst Gesundheitsbezirk Bozen - Betrieblicher Dienst für Dentalhygiene); 3. Reorganisation der Krankenhaus- und Territorium Versorgungsstellen (Brixen, Bruneck, Sterzing, Schlanders, Innichen); 4. Einführung und Umsetzung gemeinsamer validierter Diagnose- und Therapieprotokolle; 5. Umsetzung der Versorgungspfade für definierte und berechnigte Kategorien von Patienten an den verschiedenen Standorten (Patienten mit Vulnerabilität und Dringlichkeiten); 6. Verwendung des Tarifverzeichnisses nach den WBS im Krankenhaus und auch auf dem Territorium. 7. Aufstockung des Stellenplanes für Dentalhygieniker:innen und Anstellung von 4 FTE bis zum 31.12.2024	OBIETTIVO NEUTRALIZZATO In estate 2024 per l'ambito odontoiatrico non c'erano le condizioni per portare avanti gli obiettivi aziendali concordati, in quanto la riorganizzazione del servizio odontoiatrico sotto forma di rete integrata e unificata e a coordinamento unico prevedeva che venisse deliberata la struttura complessa di Odontoiatria ed il coordinatore del Servizio Odontoiatrico di Bolzano. Di conseguenza anche gli altri obiettivi che erano da concordare a livello comprensoriale non potevano essere attuati e condivisi; la bozza di progetto di riorganizzazione di odontoiatria a livello aziendale era da rivedere con il nuovo responsabile di strutture complessa. In seguito alla nomina del nuovo responsabile di struttura complessa sono seguite problematiche ancora da risolvere. Im Sommer 2024 waren die Voraussetzungen für die weitere Umsetzung der vereinbarten Betriebsziele im Bereich der Zahnmedizin nicht gegeben, da die Reorganisation des zahnärztlichen Dienstes, in Form eines integrierten und einheitlichen Netzes mit einem einzigen Koordinator, vorsah, dass die komplexe Struktur der Zahnmedizin und der Koordinator des Bozner Zahnärztlichen Dienstes genehmigt werden mussten. Dies hatte zur Folge, dass die anderen Ziele, die auf Bezirksebene vereinbart werden sollten, nicht umgesetzt und geteilt werden konnten; der Entwurf des Reorganisationsplans für die Zahnmedizin auf Betriebsebene sollte mit dem neuen Leiter der komplexen Struktur überarbeitet werden. Nach der Ernennung des neuen Leiters der komplexen Strukturen gab es noch einige Fragen zu klären.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
8	D.4	D Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo Optimierung der Führung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle	Miglioramento della programmazione, controllo e rendicontazione per la gestione del PNRR e PNC Verbesserte Planung, Kontrolle und Berichterstattung für die Verwaltung des PNRR und des PNC	BSC 2024: <i>Sono assicurati tutti gli obblighi informativi relativamente alla programmazione, al monitoraggio, al controllo e alla rendicontazione degli interventi, con riferimento al PNRR Mis. 6 e al PNC</i> <i>1. Caricate le informazioni richieste in ReGiS come da cronoprogramma;</i> <i>2. Le informazioni fornite sono corrette e complete, tra cui informazioni sullo stato di avanzamento dei progetti in relazione ai target e milestones del cronoprogramma</i> <i>3. Le risposte, la documentazione e le relazioni riferite alle scadenze ministeriali e provinciali sono tempestive</i> <i>4. La partecipazione agli incontri ed ai tavoli provinciali e ministeriali è assicurata</i> <i>5. Nr di inadempimenti e problemi legati alla mancata risoluzione degli obblighi sopra riportati, evidenziati all'Azienda in modo formale.</i> <i>Alle Informationsverpflichtungen in Bezug auf die Planung, Überwachung, Kontrolle und Berichterstattung der Eingriffe sind gewährleistet, mit Bezug auf die PNRR-Maßnahme 6 und den PNC.</i> <i>1. Hochladen der erforderlichen Informationen in ReGiS gemäß dem Zeitplan;</i> <i>2. Die bereitgestellten Informationen sind korrekt und vollständig, einschließlich Informationen über den Fortschritt der Projekte in Bezug auf die Ziele und Milestones im Zeitplan</i> <i>3. Die Antworten, Unterlagen und Berichte im Zusammenhang mit den ministeriellen und landesweiten Fristen werden rechtzeitig vorgelegt.</i> <i>4. Die Teilnahme an Sitzungen und Arbeitstischen auf Landes- und Ministerialebene ist gewährleistet.</i> <i>5. Anzahl der Mängel und Probleme im Zusammenhang mit der Nichteinhaltung der oben genannten Verpflichtungen, die dem Betrieb förmlich mitgeteilt werden.</i>	1. Caricate in modo continuo le informazioni dell'avanzamento fisico, procedurale e contabile degli interventi/progetti richieste in ReGiS come previsto dal Linee Guida del Monitoraggio allegate alla Circolare RGS n. 27 del 21/06/2022; 2. Le informazioni fornite sono corrette e complete, tra cui anche informazioni sullo stato di avanzamento dei progetti in relazione ai target e ai milestones del CIS; 3. Le risposte, la documentazione inviata e le relazioni riferite alle scadenze ministeriali e provinciali sono state sempre tempestive; 4. La partecipazione agli incontri ed ai tavoli provinciali (almeno settimanalmente) e ministeriali (almeno 4/5 all'anno) è stata assicurata; 5. Risulta critica la fase di rendicontazione degli interventi/progetti per i quali è accertato che nonostante gli stessi siano "maturi" per la rendicontazione di fatto ciò non accade per difficoltà da parte dei RUP PNRR a compilare le check list rese obbligatorie per tali finalità dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'economia e finanze. Il ritardo nelle attività di rendicontazione non è da attribuire al personale sanitario. 1. Kontinuierliches Hochladen der Informationen über den physischen, verfahrenstechnischen und buchhalterischen Fortschritt der in ReGiS angeforderten Interventionen/Projekte gemäß den im RGS-Rundschreiben Nr. 27 vom 21.06.2022 beigefügten Überwachungsrichtlinien gefordert, ist erfolgt. 2. Die bereitgestellten Informationen sind korrekt und vollständig und umfassen auch Informationen zum Fortschritt der Projekte im Hinblick auf die CIS-Ziele und Meilensteine; 3. Die Antworten, die übermittelten Unterlagen und die Berichte hinsichtlich der Fristen auf Minister- und Provinzebene sind stets zeitnah erfolgt; 4. Die Teilnahme an den Treffen und Rundtischgesprächen auf Landes- (mindestens wöchentlich) und Ministeriebene (mindestens 4–5 Mal im Jahr) wurde sichergestellt; 5. Kritisch ist jedoch die Berichterstattungsphase der Interventionen/Projekte, für die festgestellt wurde, dass sie zwar „reif“ für die Berichterstattung sind, jedoch zu Schwierigkeiten seitens der PNRR-RUPs bei der Vervollständigung der vom Gesundheitsministerium und vom Ministerium für Wirtschaft und Finanzen vorgeschriebenen Checklisten führten. Die Verspätungen bei der Berichterstattungsphase sind nicht dem Gesundheitsfachpersonal zuzuschreiben.
9	B.4.1 B.4.2	B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten	Attuazione degli obiettivi previsti dal Piano provinciale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e suoi aggiornamenti - Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa Umsetzung der im Landesplan der Verwaltung der Wartelisten 2019-2021 festgelegten Ziele und Aktualisierungen- Umsetzung der Organisationsmodelle für die Verwaltung der Wartelisten	BSC 2024: <i>1. È predisposto un catalogo degli interventi chirurgici che individui tra l'altro la complessità e la priorità degli interventi stessi (ricoveri)</i> <i>2. Sono definiti gli interventi chirurgici rispetto ai quali vanno ridotti i tempi di attesa e contestuale riduzione degli stessi nel rispetto del piano.</i> <i>1. Es wird ein Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe erstellt, in dem unter anderem deren Komplexität und Priorität angegeben werden (stationär)</i> <i>2.Es werden die chirurgischen Eingriffe definiert, bei denen die Wartezeiten verringert werden müssen. Die Wartezeiten dieser Eingriffe werden so wie im Plan vorgesehen, reduziert</i> 1. Per ciascun presidio ospedaliero è disponibile un catalogo delle procedure chirurgiche. Le liste di attesa per ricoveri chirurgici programmati sono predisposte con classificazione per i 4 livelli di priorità. 2. A partire dalle liste di attesa sono identificate le tipologie di interventi chirurgici che richiedono una riduzione dei tempi di attesa. In coerenza con il piano per il governo delle liste di attesa viene verificata la riduzione dei tempi di attesa per le procedure chirurgiche identificate. 1. Es wird ein Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe erstellt, in dem unter anderem deren Komplexität und Priorität angegeben werden (stationär) 2. Es werden die chirurgischen Eingriffe definiert, bei denen die Wartezeiten verringert werden müssen und gleichzeitige Verkürzung der Wartezeiten im Zusammenhang mit der Planeinhaltung	1. l'elenco dei DRG prodotti dai presidi ospedalieri con indicazione delle procedure chirurgiche eseguite è disponibile. La programmazione degli interventi chirurgici riporta la classe di priorità. Il gestionale in uso non consente l'attribuzione della classe di complessità. Alcuni presidi non prevedono l'inserimento del codice ICD9-CM. 2. E' stata implementata la Dashboard delle liste di attesa chirurgiche per tutti i presidi ospedalieri per disciplina specialistica. A novembre 2024 risultavano complessivamente 7.529 pazienti in attesa di intervento chirurgico. 1. Die von den Krankenhauseinrichtungen erstellte DRG-Liste mit Angabe der durchgeführten Operationsverfahren liegt vor. Bei der Terminplanung operativer Eingriffe wird die Prioritätsklasse angegeben. Die eingesetzte Software lässt die Zuordnung der Komplexitätsklasse nicht zu. Bei manchen Einrichtungen ist die Eingabe des ICD9-CM-Codes nicht vorhanden. 2. Das Dashboard „Warteliste für Operationen“ wurde für alle Krankenhauseinrichtungen nach Fachdisziplinen implementiert. Im November 2024 befanden sich insgesamt 7.529 Patientinnen und Patienten auf der Warteliste für eine Operation.
12		B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten	1. La visita di valutazione da parte dell'ente certificante é stata programmata e organizzata da ASDAA. La direzione Aziendale, recepisce le raccomandazioni inserite nel report della visita definendo responsabilità e tempistiche della loro implementazione 2. Sono definiti gli obtv di budget necessari alla prosecuzione del programma di accreditamento all'ecceellenza con AC. 1. Der Auditbesuch durch die Zertifizierungsagentur von AC wurde vom SSB vorbereitet und geplant. Die Betriebsdirektion übernimmt die Empfehlungen, welche im Abschlussbericht enthalten sind und legt Verantwortlichkeiten und Zeitplan ihrer Umsetzung fest 2. Die für die Fortführung des Akkreditierungsprogramms AC notwendigen Budgetziele werden definiert.	a) I responsabili del progetto di accreditamento definiscono e programmano le azioni necessarie al completamento del primo ciclo di accreditamento all'ecceellenza. b) I responsabili dei reparti e servizi collaborano attivamente alla preparazione del proprio reparto servizio alla visita di valutazione prevista a maggio/giugno 2024 informando e coinvolgendo il proprio personale e i propri pazienti, anche sulla base delle indicazioni del gruppo di progetto/direzione aziendale. c) Il piano di miglioramento necessario al soddisfacimento delle raccomandazioni contenute nel report é stato definito. d) Le responsabilità inerenti la presa in carico del piano di miglioramento necessario per il soddisfacimento delle raccomandazione inserite nel report sono state identificate dalla direzione aziendale. 1. Le azioni necessarie al completamento del primo ciclo di accreditamento sono definite e programmate 2. Sono attuate le iniziative /azioni finalizzate all'informazione e coinvolgimento del personale e dei pazienti da parte dei responsabili reparti/servizi 3. sono definite le responsabilità necessarie al recepimento delle raccomandazioni e/o azioni correttive sulla base del report di valutazione 4. é presente un piano di miglioramento contenente tempistiche e responsabilità relative all'implementazione delle azioni correttive necessarie, dedotto dal report di accreditamento inviato a termine della visita di valutazione di AC a) Die Verantwortlichen für das Akkreditierungsprojekt definieren und planen die Maßnahmen, die erforderlich sind, um den ersten Zyklus der Akkreditierung mit AC abzuschließen. b) Die Abteilungs- und Dienstverantwortlichen arbeiten aktiv an der Vorbereitung ihrer Abteilung auf den für Mai/Juni 2024 geplanten Auditbesuch mit, indem sie ihre Mitarbeitenden und Patientinnen und Patienten informieren und einbeziehen, auch auf der Grundlage der Hinweise der Projektgruppen und Betriebsdirektion. c) Der Verbesserungsplan zur Erfüllung der im Bericht enthaltenen Empfehlungen wurde definiert. d) Die Verantwortung für die Umsetzung des Verbesserungsplanes, wurde von der Betriebsdirektion festgelegt. 1. Die Maßnahmen, die für den Abschluss des ersten Akkreditierungszyklus erforderlich sind, werden festgelegt und programmiert 2. Die Initiativen/Maßnahmen zur Information und Einbeziehung von Personal und Patienten durch die Verantwortlichen der Abteilungen/Dienste werden konkret umgesetzt. 3. Festlegung der Verantwortlichkeiten, die für die Umsetzung der Empfehlungen und/oder Korrekturmaßnahmen auf der Grundlage des Auditberichtes erforderlich sind 4. Es gibt einen Verbesserungsplan mit Zeitvorgaben und Zuständigkeiten für die Umsetzung der erforderlichen Korrekturmaßnahmen, der aus dem Zertifizierungsreport hervorgeht, der am Ende des Auditbesuches von AC übermittelt wurde	a) Sono state definite e programmate le azioni che erano necessarie al completamento del primo ciclo di accreditamento all'ecceellenza. b) I responsabili dei reparti e servizi sono stati coinvolti attivamente alla preparazione del proprio reparto/servizio alla visita di valutazione prevista a maggio/giugno 2024, hanno informato e coinvolto il proprio personale e i propri pazienti, anche sulla base delle indicazioni del gruppo di progetto/direzione aziendale. c) Il piano di miglioramento necessario al soddisfacimento delle raccomandazioni contenute nel report é stato definito per le non conformità con condizione. d) Le responsabilità inerenti la presa in carico del piano di miglioramento necessario per il soddisfacimento delle raccomandazione inserite nel report sono state identificate in accordo con il direttore sanitario, amministrativo e la direttrice tecnico assistenziale 1. Le azioni necessarie al completamento del primo ciclo di accreditamento sono definite e programmate 2. Sono attuate le iniziative/azioni finalizzate all'informazione e coinvolgimento del personale e dei pazienti da parte dei responsabili reparti/servizi 3. Sono state definite le responsabilità necessarie al recepimento delle raccomandazioni e/o azioni correttive sulla base del report di valutazione 4. E' stato condiviso il piano di miglioramento finalizzato all'implementazione delle azioni correttive necessarie, dedotto dal report di accreditamento inviato a termine della visita di valutazione di AC a) Die Maßnahmen, die erforderlich waren, um den ersten Zyklus der Akkreditierung mit AC abzuschließen wurden definiert und programmiert sowie umgesetzt. b) Die Abteilungs- und Dienstverantwortlichen haben aktiv an der Vorbereitung des im Mai /Juni durchgeführten Auditbesuchen mitgewirkt, das Personal sowie die Patientinnen und Patienten wurden informiert und miteinbezogen, auch auf der Grundlage der Hinweise der Projektgruppen und Betriebsdirektion. c) Der Verbesserungsplan zur Erfüllung der im Bericht enthaltenen Empfehlungen mit Bedingunge definiert. d) Die Verantwortlichkeiten für die Umsetzung des Verbesserungsplanes, mit dem Verwaltungs-, Sanitätsdirektor sowie mit der Pflegedirektorin festgelegt. 1. Die Maßnahmen, die für den Abschluss des ersten Akkreditierungszyklus erforderlich sind, wurden festgelegt und programmiert und umgesetzt. 2. Die Initiativen/Maßnahmen zur Information und Einbeziehung von Personal und Patienten durch die Verantwortlichen der Abteilungen/Dienste wurden konkret umgesetzt. 3. Die Verantwortlichkeiten, die für die Umsetzung der Empfehlungen und/oder Korrekturmaßnahmen auf der Grundlage des Auditberichtes erforderlich sind, wurden definiert 4. Es gibt einen Verbesserungsplan mit Zeitvorgaben und Zuständigkeiten für die Umsetzung der erforderlichen Korrekturmaßnahmen, der aus dem Zertifizierungsreport hervorgeht, der am Ende des Auditbesuches von AC übermittelt wurde

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
13		A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	Pronto Soccorso - ridurre i tempi di attesa Aumentare la soddisfazione dell'utente con particolare attenzione al paziente fragile Erste Hilfe - Wartezeiten der Notaufnahme reduzieren, Steigerung der Kundenzufriedenheit, mit besonderem Augenmerk auf die fragilen Patienten	a) Per i Pronto Soccorsi di Merano, Brunico, San Candido e Vipiteno: La percentuale di pazienti con codice arancione curati da un medico entro 15 minuti è almeno dell'80%. b) Per i Pronto Soccorsi di Bolzano, Bressanone e Silandro: La percentuale di pazienti con codice arancione curati da un medico entro 30 minuti è almeno dell'80%. Criteri: I tempi di cura nei Pronto Soccorso sono registrati a livello aziendale, valutati e inviati ai responsabili dei Pronto Soccorso (Ripartizione prestazioni) 1. Analisi dell'attuale situazione del personale; 2. Numero degli accessi in Pronto soccorso per ora, per giorno e settimana; 3. Analisi della possibilità di gestire i flussi di pazienti, in base ai codici di urgenza. 4. Verifica dell'utilizzo del FAST-Track 5. Verifica se i bambini, gli anziani, i disabili e i pazienti che hanno subito violenze di qualsiasi tipo ricevano un trattamento preferenziale senza lunghi tempi di attesa e, possibilmente in un ambulatorio dedicato, senza essere disturbati 6. Presentazione dei programmi di miglioramento da implementare a gennaio 2024. a) In den Notaufnahmen Meran, Bruneck, Innichen und Sterzing sollen die Wartezeiten der Kodexe «orange» verkürzt werden und 80% dieser Patienten innerhalb von 15 Minuten von einem Arzt gesehen werden. b) In den Notaufnahmen Bozen, Brixen und Schlanders sollen die Wartezeiten der Kodexe «orange» verkürzt werden und 80% dieser Patienten innerhalb von 30 Minuten von einem Arzt gesehen werden. Kriterien: Die Behandlungszeiten in den Notaufnahmen werden betriebsweit erfasst, ausgewertet und den Verantwortlichen der Notaufnahmen zugesandt (Abteilung Gesundheitsleistungen und wohnortnahe Versorgung). 1. Analyse der bestehenden Personalsituation; 2. Anlyse des Patienteneingangs in die Notaufnahme pro Stunde, pro Tag und Woche; 3. Analyse, ob Patientenströme gelenkt werden, entsprechend der Dringlichkeitskodexe getrennt werden. 4. Analyse, ob FAST-Track genutzt wird 5. Analyse, ob Kinder, alte Menschen, behinderte Menschen und Patienten, die Gewalt jeder Art erlitten haben, ohne lange Wartezeiten bevorzugt behandelt werden und zwar möglichst einem eigenen Amulanzzimmer ohne Störung. 6. Vorlage von Verbesserungsprogrammen die 2024 im Jänner umgesetzt werden.	a) Merano: 82% Brunico: 82% San Candido: 86% Vipiteno: 79% b) Bolzano: 72% Bressanone: 90% Silandro: 96% Per tutti gli ospedali dell'azienda: 1. Svolta analisi della situazione del personale; 2. Svolta rilevazione relativa al numero degli accessi in Pronto soccorso per ora, per giorno e settimana; 3. Svolta analisi della possibilità di gestire i flussi di pazienti, in base ai codici di urgenza. 4. Verificato l'utilizzo del FAST-Track 5. Verificato che i bambini, gli anziani, i disabili e i pazienti che hanno subito violenze di qualsiasi tipo ricevano un trattamento preferenziale senza lunghi tempi di attesa e, possibilmente in un ambulatorio dedicato, senza essere disturbati 6. Presentati i programmi di miglioramento da implementare a gennaio 2025. a) Meran: 82% Bruneck: 82% Innichen: 86% Sterzing: 79% b) Bozen: 72% Brixen: 90% Schlanders: 96% Für alle Krankenhäuser des Betriebes wurde 1. die Analyse der bestehenden Personalsituation gemacht; 2. die Analyse des Patienteneingangs in die Notaufnahme pro Stunde, pro Tag und Woche gemacht; 3. die Analyse, ob Patientenströme gelenkt werden können, entsprechend der Dringlichkeitskodexe getrennt, gemacht; 4. die Analyse, ob FAST-Track genutzt wird, gemacht; 5. die Analyse, ob Kinder, alte Menschen, behinderte Menschen und Patienten, die Gewalt jeder Art erlitten haben, ohne lange Wartezeiten bevorzugt behandelt werden und zwar möglichst in einem eigenen Amulanzzimmer ohne Störung, gemacht. 6. ein Verbesserungsprogramm, welches im Jänner 2025 umgesetzt wird, vorgelegt.
17	A.2.1	A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	Progressiva attuazione del riordino delle cure primarie ai sensi degli obblighi PNRR e DM 77/2022, oltre che del Chronic Care Model Schrittweise Umsetzung der Reorganisation der Grundversorgung gemäß den PNRR-Verpflichtungen und dem MD 77/2022 sowie dem "Chronic Care Model"	BSC 2024: <i>1. I pazienti trattati in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata, ivi comprese le cure palliative domiciliari) sono almeno 10.191 a fine 2024, nel rispetto dei 5 livelli assistenziali definiti a livello statale e per ogni AFT (Aggregazione Funzionale Territoriale)</i> <i>1. Die Zahl der in ADI behandelten Patienten (Integrierte häusliche Betreuung, einschließlich häuslicher Palliativpflege) beträgt am Ende 2024 mindestens 10.191, in Übereinstimmung mit den 5 auf nationaler Ebene und für jede AFT (Territoriale Funktionelle Aggregation) festgelegten Pflegestufen</i> % over 65 aa in carico SIAD 23bis - Percentuale di anziani over 65 presi in carico dall'assistenza territoriale (flusso SIAD-Datenfluss) dato 2021: 0,61% - nel 2022: 5% - obiettivo: 7% Per le ADI cure palliative si rinvia all'obiettivo 96. %-Satz der betreuten Über-65-Jährige SIAD 23bis - %-Satz der von der häuslichen Betreuung betreuten Über-65-Jährigen (SIAD) Wert 2021: 0,61% - 2022: 5% - Ziel: 7% Für die häusliche Palliativpflege wird auf das Ziel 96 verwiesen.	1. AL 31.12.2024 risultano 10.724 pazienti > 65 anni presi in carico. Il target previsto era pari a 10.191 pazienti. 1. Zum 31.12.2024 sind 10.724 Patienten > 65 Jahre in Behandlung. Das Ziel war 10.191 Patienten.
19	B.4.3 B.4.4	B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten	Attuazione degli obiettivi previsti dal Piano provinciale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e suoi aggiornamenti - Applicazione di modelli organizzativi per il Governo delle Liste di Attesa Umsetzung der im Landesplan der Verwaltung der Wartelisten 2019-2021 festgelegten Ziele und Aktualisierungen- Umsetzung der Organisationsmodelle für die Verwaltung der Wartelisten	BSC 2024: <i>3. Sono ridotti i tempi di attesa del 15% delle prestazioni con priorità (prime visite ed esami strumentali)</i> <i>4. SPA (Flusso di specialistica ambulatoriale): è sviluppata la maggiore offerta aziendale da parte di tutti i reparti, in particolare, la radiologia (RM - Risonanza Magnetica) in linea con gli obiettivi del piano</i> <i>3. Die Wartezeiten der Leistungen mit Priorität (Erstvisiten und Instrumentaldiagnostik) sind um 15% verringert</i> <i>4. SPA (Datenfluss der ambulanten Fachmedizin): Das erhöhte Angebot des Betriebs wurde in allen Abteilungen entwickelt, insbesondere in der Radiologie (MR - Magnetresonanz) (in Übereinstimmung mit den Zielen des Plans)</i> 1. I tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali prescritte con priorità (prime visite ed esami strumentali) rispettano gli obbiettivi del Piano Provinciale di governo delle liste di attesa. 2. SPA (Flusso di specialistica ambulatoriale): è sviluppata la maggiore offerta aziendale da parte di tutti i reparti, in particolare, la radiologia (RM - Risonanza Magnetica) in linea con gli obiettivi del piano 1. Per il 90% delle prenotazioni di prime visite prioritarie oggetto di monitoraggio provinciale deve essere garantito un appuntamento entro 10 giorni dalla data di contatto con il CUPP 2. Sono definiti i volumi di prestazioni per ciascuna unità operativa specialistica, con incremento dell'offerta (in particolare per prestazioni MR).	1. Le prime visite e prestazioni strumentali prescritte con priorità B per il gruppo oggetto di monitoraggio, per l'anno 2024, hanno rispettato a livello aziendale i parametri previsti dal Piano Provinciale in merito all'indice di offerta con valori pari al 90%; Si fa notare l'aumentata richiesta di prestazioni da parte degli assistiti. 2. I volumi di prestazioni sono stati definiti per ciascuna unità operativa con evidenza di incremento dell'offerta ad eccezione delle seguenti branche specialistiche; v. cardiologica, v. endocrinologica, v. gastroenterologica, v. urologica, v. chirurgia pediatrica, v. chirurgia plastica, v. ematologica, v. malattie infettive, v. neurochirurgica, v. chirurgia toracica, ECG, audiometria, spirometria, ergometria ,v. reumatologica. Sul totale dell'offerta l'incremento dei volumi è pari al 10%. Le prestazioni di Risonanza Magnetica sono state complessivamente incrementate del 27%. 1. Die mit Priorität B vorgeschriebenen Erstvisiten und andere Leistungen der monitorisierten Gruppe, haben auf Betriebsebene die im Landesplan festgelegten Parameter in Bezug auf den Versorgungsindex mit Werten von 90 % eingehalten; Zu berücksichtigten sind die gestiegenen Anfragen an Leistungen von seiten der Betreuten. 2. Für jede Abteilung und Dienst wurden die Leistungsumfänge festgelegt, wobei auf eine Angebotsausweitung, mit Ausnahme der nachstehenden Fachbereiche, vorgesehen wurde; Kardiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Urologie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Hämatologie, Infektionskrankheiten, Neurochirurgie, Thoraxchirurgie, EKG, Audiometrie, Spirometrie, Ergometrie, Rheumatologie. Auf das Gesamtangebot bezogen beträgt die Volumensteigerung 10 %. Die MRT-Leistungen wurden insgesamt um 27% erhöht.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
25		<p>B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa</p> <p>Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten</p>	<p>Esiste un processo documentato e coordinato al fine di informare clienti, e familiari, sugli incidenti che riguardano la sicurezza del paziente individuando una strategia ben strutturata al fine di comunicare all'interno, rispettivamente all'esterno gli eventi che hanno dato, o avevano la potenzialità di dare origine ad un danno nei riguardi di un paziente.</p> <p>Es besteht ein dokumentierter und koordinierter Ablauf zur internen und externen Kommunikation, um die Patienten und Familienangehörigen über Ereignisse zu informieren, welche Schadensfälle zur Patientensicherheit verursacht haben, bzw. ein entsprechendes Potenzial aufwiesen.</p>	<p>La ripartizione aziendale comunicazione ha elaborato in collaborazione con il Risk Manager aziendale un processo di comunicazione di crisi sugli incidenti che riguardano la sicurezza del paziente ed in cui sono elencati i vari aspetti della comunicazione (target, tempistica). Implementazione del processo aziendale.</p> <p>Die Betriebsabteilung Kommunikation hat in Zusammenarbeit mit dem Risikomanager des Betriebes einen Ablauf zur Krisenkommunikation über Ereignisse, welche Schadensfälle zur Patientensicherheit betreffen, erarbeitet, der die verschiedenen zentralen Aspekte festlegt (Zielgruppen, zeitlicher Rahmen). Umsetzung des neuen Ablaufes.</p>	<p>Su incarico dell'Unità organizzativa per il Governo Clinico, la Ripartizione Comunicazione ha elaborato una proposta di Procedura di comunicazione di crisi in caso di eventi con danno alla/al paziente. La presentazione alla Dirigenza ha avuto luogo il 20.11.2024. Inoltre, la procedura è stata gestita all'interno del software per gli strumenti qualità, con assegnazione di nr. ID 12133/24.</p> <p>La procedura ha l'obiettivo di garantire una comunicazione chiara e trasparente riguardo agli eventi avversi, salvaguardando la fiducia nel sistema sanitario e promuovendo azioni risolutive sia interne che esterne. Le sue linee guida si basano sui principi di "Regret" (esprimere rincrescimento), "React" (adottare misure correttive) e "Inform" (mantenere aggiornati i pazienti e le loro famiglie).</p> <p>Gli obiettivi principali includono:</p> <ul style="list-style-type: none">• sostenere pazienti e familiari durante situazioni critiche;• mitigare l'impatto emotivo e professionale sugli operatori coinvolti;• prevenire il deterioramento della reputazione aziendale;• favorire la risoluzione stragiudiziale, seguendo il quadro normativo vigente. <p>Die Abteilung für Kommunikation hat im Auftrag der Organisationseinheit für die klinische Führung einen Vorschlag für die Prozedur „Kommunikation von Schadensfällen (unerwünschten Ereignissen), welche die Sicherheit der Patienten/Patientinnen betreffen, erarbeitet. Diese Prozedur wurde den Führungskräften am 20.11.2024 vorgestellt. Weiters wurde die Prozedur durch die Software der Qualitätssicherungsinstrumente gelenkt (ID 12133/24). Das Verfahren zielt darauf ab, eine klare und transparente Kommunikation über unerwünschte Ereignisse zu gewährleisten, das Vertrauen in unser Gesundheitswesen zu wahren und sowohl interne als auch externe gezielte Maßnahmen zu ergreifen. Die Leitlinien basieren auf den Prinzipien "Regret", "React" (Ergreifen von Verbesserungsmaßnahmen) und "Inform" (Informieren von Patienten und ihren Angehörigen).</p> <p>Zu den wichtigsten Zielen gehören:</p> <ul style="list-style-type: none">• Unterstützung von Patienten und Angehörigen in kritischen Situationen.• Emotionalen und fachlichen Auswirkungen auf die beteiligten Bediensteten zu mildern.• Rufschädigungen, die unser Betrieb betreffen könnten, zu verhindern.• Förderung der außergerichtlichen Beilegung unter Einhaltung der geltenden normativen Bestimmungen
27	C.1.1 C.1.2	<p>C Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale, Ricerca e Innovazione</p> <p>Entwicklung der Personalressourcen und der beruflichen Fortbildung</p>	<p>Sviluppo della medicina di genere nella formazione continua e nella ricerca</p> <p>Entwicklung der Gendermedizin in Weiterbildung und Forschung</p>	<p>BSC 2024:</p> <p><i>1. Medicina di genere nella formazione continua:</i></p> <p><i>È elaborata una direttiva interna aziendale, secondo la quale tutte le iniziative formative tecnico-specifiche devono obbligatoriamente tenere in considerazione l'aspetto della medicina di genere. La rilevazione del raggiungimento dell'obiettivo è effettuata tramite il questionario di gradimento ECM adattato allo scopo</i></p> <p><i>2. Medicina di genere nella ricerca:</i></p> <p><i>L'azienda sanitaria prevede obbligatoriamente la considerazione dell'aspetto di genere nei progetti di ricerca finanziata con fondi propri. Nel caso che l'aspetto della medicina di genere non fosse scientificamente rilevante, il progetto è finanziabile solo se tale eccezione è esaurientemente motivata.</i></p> <p><i>1. Gendermedizin in der Weiterbildung:</i></p> <p><i>Es wird eine betriebliche interne Anweisung herausgegeben, dass alle fachspezifischen Weiterbildungsinitiativen den Aspekt der Gendermedizin berücksichtigen müssen. Die Erreichung des Ziels wird anhand des für diesen Zweck angepassten CME-Fragebogens zur Zufriedenheit gemessen.</i></p> <p><i>2. Gendermedizin in der Forschung:</i></p> <p><i>Der Sanitätsbetrieb schreibt die Beachtung des Gender-Aspekts für alle Forschungsprojekte, die mit eigenen Geldmitteln finanziert werden, verpflichtend vor. Sollte der Aspekt der Gendermedizin aus wissenschaftlicher Sicht nicht relevant sein, ist das Projekt finanzierbar, sofern diese Ausnahme ausführlich begründet wird.</i></p>	<p>1. È stata elaborata una direttiva interna aziendale, secondo la quale tutte le iniziative formative tecnico-specifiche devono obbligatoriamente tenere in considerazione l'aspetto della medicina di genere. Questa direttiva è stata inviata a tutti gli organizzatori degli eventi formativi e a tutti i dirigenti.</p> <p>2. L'Azienda Sanitaria con delibera del Direttore Generale n. 544 del 28.05.2024 ha approvato e implementato il Gender-Equality-Plan dell'Azienda Sanitaria conformemente alle direttive comunitarie, al fine di partecipare ai progetti Horizon Europe.</p> <p>3. Non sono stati banditi nuovi finanziamenti per la ricerca, pertanto non sono stati attivati progetti di ricerca per i quali poteva essere considerato l'aspetto della medicina di genere.</p> <p>In consultazione con il Direttore generale, è stata elaborata una proposta di procedura per integrare l'aspetto della medicina di genere in tutti i progetti di ricerca che coinvolgono i dipendenti dell'Azienda. La proposta è stata inviata al Direttore generale nel dicembre 2024.</p> <p>1. Die betriebliche interne Anweisung wurde erarbeitet und herausgegeben, dass alle fachspezifischen Weiterbildungsinitiativen den Aspekt der Gendermedizin berücksichtigen müssen. Diese Anweisung wurde allen Organisatoren der Weiterbildungen und allen Führungskräften übermittelt.</p> <p>2. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 544 vom 28.05.2024 den Gender Equality Plan des Südtiroler Sanitätsbetriebes, der den EU-Vorgaben entspricht und welcher eine Teilnahme an Horizon Europe Projekten ermöglicht, genehmigt und dieen dann umgesetzt.</p> <p>3. Es wurden keine neuen Geldmittel für die Forschung ausgeschrieben, weswegen keine Forschungsprojekte gestartet sind, die den Aspekt der Generdermedizin berücksichtigten konnten.</p> <p>In Absprache mit dem Generaldirektor wurde der Vorschlag für eine Prozedur zur Integration des Gender Aspekts in allen Forschungsprojekten an denen MitarbeiterInnen des Betriebes beteiligt sind, ausgearbeitet. Der Vorschlag wurde im Dezember 2024 dem Generaldirektor zugesandt.</p>
				<p>Medicina di genere nella formazione continua:</p> <p>1. È elaborata una direttiva interna aziendale, secondo la quale tutte le iniziative formative tecnico-specifiche devono obbligatoriamente tenere in considerazione l'aspetto della medicina di genere</p> <p>Medicina di genere nella ricerca:</p> <p>2. L'azienda sanitaria istituisce e implementa il Gender Equality Plan, conformemente alle direttive comunitarie, al fine di partecipare ai progetti Horizon Europe.</p> <p>3. L'azienda sanitaria prevede obbligatoriamente la considerazione dell'aspetto di genere nei progetti di ricerca finanziata con fondi propri. Nel caso che l'aspetto della medicina di genere non fosse scientificamente rilevante, il progetto è finanziabile solo se tale eccezione è esaurientemente motivata.</p> <p>Gendermedizin in der Weiterbildung:</p> <p>1. Es wird eine betriebliche interne Anweisung herausgegeben, dass alle fachspezifischen Weiterbildungsinitiativen den Aspekt der Gendermedizin berücksichtigen müssen.</p> <p>Gendermedizin in der Forschung:</p> <p>2. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb erstellt einen, den EU-Vorgaben entsprechenden, Gender Equality Plan, welcher eine Teilnahme an Horizon Europe Projekten ermöglicht und setzt diesen um.</p> <p>3. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb schreibt die Beachtung des Gender-Aspekts für alle Forschungsprojekte, die mit eigenen Geldmitteln finanziert werden, verpflichtend vor. Sollte der Aspekt der Gendermedizin aus wissenschaftlicher Sicht nicht relevant sein, ist das Projekt finanzierbar, sofern diese Ausnahme ausführlich begründet wird.</p> <p>1. 30.06.2024 2. 30.06.2024 3. 31.12.2024</p>	

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
28	C.3.1 C.3.2	C Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale, Ricerca e Innovazione Entwicklung der Personalressourcen und der beruflichen Fortbildung	1. Implementazione su vasta scala del modello "One Stop Shop", punto di riferimento informativo e di supporto operativo per il personale da assumere 2. Valutazione degli impatti e dei risultati del punto "One Stop Shop"	BSC 2024: <i>1. Sono definite le persone di riferimento per i Comprensori sanitari entro giugno 2024 ed è estesa l'implementazione del punto di riferimento informativo e di supporto operativo "One Stop Shop" in modo capillare in tutta l'Azienda sanitaria</i> <i>2. È somministrato il questionario di gradimento entro ottobre 2024: i risultati sono raccolti e valutati, sono sviluppate le azioni di miglioramento per il 2025</i> <i>1. Die Bezugspersonen für die Gesundheitsbezirke werden (innerhalb Juni 2024) ernannt und die Implementierung des Informationsbezugspunkts und der operativen Unterstützung „One Stop Shop“ wird kapillar auf den gesamten Sanitätsbetrieb ausgeweitet.</i> <i>2. Innerhalb Oktober 2024 wird der Zufriedenheitsfragebogen ausgeteilt: Die Ergebnisse werden gesammelt und ausgewertet, Verbesserungsmaßnahmen werden für 2025 entwickelt.</i>	1. Dopo le dimissioni di un recruiter e il trasferimento della seconda recruiter presso altro ufficio, sono stati assunti due nuovi collaboratori, che lavorano in team nel settore del sourcing e recruiting e garantiscono le attività previste dal punto di riferimento informativo e di supporto operativo one stop shop a livello aziendale. A seconda della lingua parlata dal candidato, dal carico di lavoro e dalla documentazione da acquisire, i due recruiter si suddividono i candidati e lavorano in team. Il servizio di one stop shop viene garantito a livello aziendale. 2. Il questionario è stato somministrato e sono stati valutati i risultati. I margini di miglioramento si riscontrano sul fronte degli alloggi e sul tema della chiarezza nella proiezione stipendiale. A questo proposito l'ufficio stipendi ha realizzato un format aziendale per la realizzazione della proiezione. 1. Nach dem Rücktritt eines Recruiters und der Versetzung der zweiten Recruiterin in ein anderes Amt wurden zwei neue Mitarbeiter eingestellt, die im Team im Bereich Sourcing und Recruiting arbeiten und die vom Informationspunkt und von der operativen Unterstützung one stop shop vorgesehenen Aktivitäten landesweit gewährleisten. Abhängig von den Sprachkenntnissen des Kandidaten, dem Arbeitsaufwand und der zu beschaffenden Dokumentation teilen die beiden Recruiter die Kandidaten auf und arbeiten im Team. Der One-Stop-Shop-Service ist auf Betriensebene gewährleistet. 2. Der Fragebogen wurde verschickt und die Ergebnisse ausgewertet. Verbesserungsbedarf besteht beim Thema Wohnraum und bei der Frage der Klarheit bei den Gehaltsprojektierungen. In diesem Zusammenhang hat das Lohnbüro ein auf Betriebsebene einheitliche Dokument für die Errechnung der Gehälter entwickelt.
29		C Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale, Ricerca e Innovazione Entwicklung der Personalressourcen und der beruflichen Fortbildung	Reclutamento La strategia è implementata ovunque Recruiting Strategie wird überall umgesetzt	1. Il concetto sarà presentato alla Direzione aziendale e ai Comprensori sanitari 2. Informazioni sul processo di reclutamento a tutti gli autorizzati a dare incarichi 3. Attuazione a livello provinciale del piano di reclutamento 4. Ottimizzazione del processi 1. Konzept wird in der Betriebsdirektion und in den Gesundheitsbezirken vorgestellt 2. Information über den Anwerbungsprozess an alle befugte Auftraggeber 3. Landesweite Umsetzung des Anwerbungskonzeptes 4. Prozessoptimierung	1. Il concetto è stato presentato solo alla Direzione aziendale in quanto di nuova composizione; non é stato presentato ai Comprensori Sanitari, già informati dell'iter nel 2023. 2. Tutti gli autorizzati a dare incarichi sono stati informati delle attività di reclutamento e delle persone di riferimento da contattare (nome, cognome, telefono, indirizzo email e forms da compilare). 3. Il piano di reclutamento viene eseguito a richiesta dei committenti e dell'Ufficio assunzioni ed è attuato a livello provinciale. 4. I nuovi recruiter sono stati a disposizione per necessità legate alla ricerca di un impiego per il/la partner del candidato. Non ci sono stati casi nel corso del 2024. 1. Das Konzept wurde nur der Betriebsdirektion vorgestellt, da diese eine neue Besetzung hatte. Den Gesundheitsbezirken, die bereits im Jahr 2023 über den Prozess informiert wurden, wurde es nicht vorgestellt. 2. Alle zur Auftragsvergabe befugten Personen wurden über die Rekrutierungsmaßnahmen und die zu kontaktierenden Bezugspersonen (Vor- und Nachname, Telefonnummer, E-Mail-Adresse und auszufüllende Formulare) informiert. 3. Der Rekrutierungsplan wird auf Anfrage der befugten Auftraggeber und des Amtes für Anstellungen durchgeführt und auf Landesebene umgesetzt. 4. Die Recruiter standen für den Bedarf im Zusammenhang mit der Arbeitssuche für den Partner des Kandidaten zur Verfügung. Im Jahr 2024 gab es keine Fälle.
30		C Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale, Ricerca e Innovazione Entwicklung der Personalressourcen und der beruflichen Fortbildung	Prova di bilinguismo Agenzia incaricata per corsi e supporto Zweisprachigkeitsnachweis Agentur für Kurse und Begleitung beauftragt	Il concetto di promozione linguistica sviluppato nel 2023 sulla base di un'analisi dettagliata dello stato attuale sarà implementato nel 2024. a) L'azienda sanitaria dispone di informazioni dettagliate sulle competenze linguistiche dei dipendenti neoassunti nel settore sanitario senza la necessaria prova di bilinguismo. b) Il 75% dei collaboratori sanitari dell'azienda sanitaria privi del necessario attestato di bilinguismo, assunti dal 01.01.2024, completano i corsi di lingua organizzati dall'azienda sanitaria ai vari livelli. c) Messa in atto di misure affinché il 75% dei collaboratori sanitari dell'azienda sanitaria, impiegati dall'01.01.2024, privi dell'attestato di bilinguismo necessario al momento dell'assunzione, conseguirà il certificato di bilinguismo richiesto entro 3 anni dall'assunzione. Das im Jahr 2023 aufbauend auf eine genaue Analyse des Ist Standes ausgearbeitete Sprachenförderungskonzept wird im Jahr 2024 implementiert. a) Der Sanitätsbetrieb verfügt über detaillierte Informationen hinsichtlich der Sprachkenntnisse der neu angestellten Mitarbeiter im Gesundheitsbereich ohne den nötigen Zweisprachigkeitsnachweis. b) 75% der Gesundheitsmitarbeiter im Sanitätsbetrieb ohne den nötigen Zweisprachigkeitsnachweis die ab 01.01.2024 angestellt werden, absolvieren die vom Sanitätsbetrieb organisierten Sprachkurse auf den verschiedenen Niveaus. c) Umsetzung von Maßnahmen welche dazu führen, dass 75% der Gesundheitsmitarbeiter im Sanitätsbetrieb die ab 01.01.2024 angestellt werden und bei der Anstellung nicht über den nötigen Zweisprachigkeitsnachweis verfügen, erreichen innerhalb von 3 Jahren ab Anstellung den nötigen Zweisprachigkeitsnachweis.	a) I neoassunti sono stati contattati al momento dell'assunzione e invitati a partecipare a un test di inquadramento linguistico e a compilare un questionario specifico per la promozione del bilinguismo. Questo processo ha permesso di ottenere dati dettagliati sulla situazione linguistica di partenza. b) Più dell'80% dei collaboratori dell'Azienda Sanitaria senza attestato di bilinguismo, assunti dal 01.01.2024, ha partecipato ad uno o più corsi di lingua interni organizzati dall'Azienda Sanitaria. c) L'Azienda Sanitaria ha messo in atto un'ampia gamma di iniziative per sostenere il percorso di acquisizione linguistica dei collaboratori sanitari privi dell'attestato di bilinguismo impiegati dall'01.01.2024: Corsi di lingua interni, corsi di lingua esterni, soggiorni linguistici per i livelli avanzati, Corsi di lingua individuali per situazioni didattiche specifiche, Consulenze linguistiche individuali, un progetto di volontariato linguistico per i livelli più avanzati, incontri informativi sul materiale didattico per lo studio autonomo della lingua, incontri e comunicazioni per i diretti superiori e sull'offerta interna, esami di certificazione linguistica per i livelli avanzati. a) Die ab 01.01.2024 neu angestellten Mitarbeitenden wurden im Rahmen der Anstellung kontaktiert und eingeladen, an einem Sprachtest zur Einstufung teilzunehmen und einen spezifischen Fragebogen zur Förderung der Zweisprachigkeit auszufüllen. Dieser Prozess hat es ermöglicht, detaillierte Daten über die sprachliche Ausgangssituation zu erhalten. b) Mehr als 80 % der Mitarbeitenden ohne Zweisprachigkeitsnachweis, die ab dem 01.01.2024 angestellt wurden, haben an einem oder mehreren internen Sprachkursen teilgenommen, die vom Sanitätsbetrieb organisiert wurden. c) Der Sanitätsbetrieb hat eine Vielzahl von Maßnahmen umgesetzt, um den Spracherwerb der Mitarbeitenden ohne Zweisprachigkeitsnachweis, die ab dem 01.01.2024 angestellt wurden, zu unterstützen: Interne Sprachkurse, Externe Sprachkurse, Sprachaufenthalte für fortgeschrittene Niveaus, Individuelle Sprachkurse für spezifische didaktische Anforderungen, Individuelle Sprachlernberatungen, ein Sprachvolontariat für fortgeschrittene Sprachstufen, Informationsveranstaltungen über Lernmaterialien für das Autonome Lernen, Treffen und Austausch mit den direkten Vorgesetzten über das interne Kursangebot, Sprachprüfungen zur Zertifizierung für fortgeschrittene Niveaus.
33	D.2.1 D.2.2 D.2.3	D Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo Optimierung der Führung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle	Certificazione del bilancio aziendale Zertifizierung der Betriebsbilanz	BSC 2024: <i>1. Sono attuate le azioni necessarie alla risoluzione degli eventuali rilievi formulati dall'ente certificatore con riferimento allo stato patrimoniale 2022, già oggetto di certificazione;</i> <i>2. È certificato il bilancio consuntivo aziendale 2023;</i> <i>3. Il programma annuale di audit 2024 è formalizzato, eseguito e si è concluso co la produzione del rapporto finale di audit che evidenzia risultati e proposte di azioni correttive</i> <i>1. Die Maßnahmen, die erforderlich sind, um etwaige Bemerkungen der bescheinigenden Stelle in Bezug auf die bereits bescheinigte Vermögensbilanz 2022 zu beheben, werden durchgeführt</i> <i>2. Die Abschlussbilanz 2023 wird bescheinigt</i> <i>3. Das jährliche Auditprogramm 2024 wird festgelegt, durchgeführt und mit der Erstellung des endgültigen Auditberichts abgeschlossen, in dem die Feststellungen und Vorschläge für Korrekturmaßnahmen dargestellt werden.</i>	1. La società di revisione ha certificato lo Stato Patrimoniale 2022 senza rilievi. Nella lettera di commenti e suggerimenti predisposta dalla società di revisione Trevor, sulle risultanze delle attività svolte, i rilievi formulati riguardavano principalmente i ritardi nella messa a disposizione della documentazione e, in relazione alle aree di bilancio, in particolare il TFR per un problema di calcolo dell'accantonamento nel gestionale del personale che ha prestatato più periodi di servizio ed era già stato liquidato per i periodi precedenti, il Registro eventi, per la presenza nel registro di contenziosi già conclusi negli esercizi precedenti, ma non adeguatamente individuabili . Nel 2023 è stata posta maggiore attenzione al rispetto delle tempistiche attraverso l'anticipo delle scadenze di bilancio, l'inoltro puntuale delle richieste della Trevor ai referenti aziendali, il controllo delle risposte, l'invio di solleciti e il caricamento dei dati. Come risulta dalla lettera di commenti e suggerimenti 2023 è stato rilevato un miglioramento operativo rispetto al precedente esercizio anche se è auspicabile la prosecuzione di tale progresso per migliorare ulteriormente i tempi. Il problema relativo al TFR nel 2023 è stato superato e la sovrastima del 2022 è stata rettificata nel 2023. Il rilievo relativo al registro degli eventi è stato superato attraverso l'evidenziazione delle cause concluse sul Registro (in colore verde scuro), che possono essere facilmente escluse con un filtro dalle analisi dell'esercizio. 2. Il bilancio di esercizio 2023 è certificato con prot. 79229/24 del 20.06.24 3. Il programma annuale di verifiche di Audit 2024 è stato formalizzato (delibera nr. 1718 del 29/12/2023) e completamente realizzato espletando le seguenti verifiche ordinarie pianificate: - chiusure Contabili (accantonamenti per fatture da ricevere); - determinazione del saldo IVA; - gestione delle immobilizzazioni materiali e immateriali; - progettazione e implementazione misure di sicurezza (gestione sicurezza IT – terze parti); - organizzazione e presidi di controllo in ambito normativa privacy - gestione dei log - accessi logici e identità digitali. Per ognuna delle verifiche del piano è stato regolarmente prodotto il rapporto finale di audit che evidenzia risultati e proposte di azioni correttive.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
					<p>1. Die Revisionsgesellschaft hat die Bilanz 2022 ohne Beanstandungen zertifiziert. In dem von der Revisionsgesellschaft Trevor erstellten Kommentar- und Vorschlagsbrief zu den Ergebnissen der durchgeführten Tätigkeiten betrafen die formulierten Beanstandungen hauptsächlich die Verzögerungen bei der Bereitstellung der Dokumentation und in Bezug auf die Bilanzbereiche, insbesondere den "TFR" aufgrund eines Berechnungsproblems bei der Rückstellung im Personalverwaltungs-programm für Mitarbeiter, die mehrere Dienstzeiten absolviert haben und für die vorherige Zeiträume bereits abgerechnet wurden, sowie das Ereignisregister, da im Register Rechtsstreitigkeiten enthalten waren, die bereits in den Vorjahren abgeschlossen, aber nicht angemessen identifizierbar waren. Im Jahr 2023 wurde verstärkt darauf geachtet, die Zeitvorgaben einzuhalten, indem die Bilanzfristen vorgezogen, die Anfragen von Trevor rechtzeitig an die Unternehmensverantwortlichen weitergeleitet, die Antworten überprüft, Mahnungen versendet und die Daten hochgeladen wurden. Aus dem Kommentar- und Vorschlagsbrief 2023 geht hervor, dass eine operative Verbesserung im Vergleich zum Vorjahr festgestellt wurde, auch wenn die Fortsetzung dieses Fortschritts zur weiteren Verbesserung der Zeiten wünschenswert ist. Das Problem im Zusammenhang mit dem TFR wurde im Jahr 2023 überwunden und die Überbewertung von 2022 wurde im Jahr 2023 korrigiert. Die Beanstandung bezüglich des Ereignisregisters wurde durch die Hervorhebung der abgeschlossenen Fälle im Register (in dunkelgrüner Farbe) behoben, die mit einem Filter leicht aus den Analysen des Geschäftsjahres ausgeschlossen werden können.</p> <p>2. Der Jahresabschluss 2023 ist zertifiziert. (Prot. Nr. 79229/24 von 20.06.24)</p> <p>3. Das jährliche Prüfungsprogramm für die Prüfung 2023 wurde formalisiert (Beschluss Nr. 1178 vom 29/12/2023) und durch die Durchführung der folgenden geplanten ordentlichen Prüfungen vollständig umgesetzt:</p> <ul style="list-style-type: none">- Organisation und Kontrollen im Bereich der Datenschutzbestimmungen- Buchhaltungsabschlüsse (Rückstellungen für eingehende Rechnungen)- Ermittlung des MwSt.-Saldos- Verwaltung von materiellen und immateriellen Vermögenswerten- Konzeption und Umsetzung von Sicherheitsmaßnahmen (IT-Sicherheitsmanagement - Dritte)- Verwaltung der logischen Identität und Zugangskontrolle. <p>Für jede Prüfung des Plans wurde regelmäßig ein abschließender Prüfbericht erstellt, in dem die Feststellungen und Vorschläge für Abhilfemaßnahmen dargelegt wurden.</p>
37	E.1.1 E.1.2 E.1.3 E.1.4 E.1.5 E.1.6	E Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici e i sistemi di comunicazione. Entwicklung der Informationssysteme und der Informatik und Kommunikationssysteme	Sviluppo processo di dematerializzazione dei dispositivi medici, della farmaceutica e della specialistica ambulatoriale. Sviluppo dei controlli e completezza dei flussi informativi Entwicklung des Prozesses der Digitalisierung von Medizinprodukten, Arzneimitteln und ambulanter Fachmedizin. Entwicklung von Kontrollen und Vollständigkeit der Informationsflüsse	<p>BSC 2024:</p> <p><i>1. È funzionante il sistema di prescrizione e di autorizzazione dei presidi e quest' ultimo è integrato con il sistema di erogazione delle farmacie territoriali</i></p> <p><i>2. È dematerializzata la gestione delle fasi del ciclo di vita delle prescrizioni sanitarie (esclusa la prescrizione) da parte delle strutture private accreditate, nel caso di nuovi contratti e rinnovi contrattuali, nel rispetto della normativa vigente</i></p> <p><i>3. I controlli SAP (Sistema di Accoglienza Provinciale) proseguono ed è definita la loro implementazione per il 2024 con la Ripartizione salute</i></p> <p><i>4. Sono messi a disposizione della PAB (Provincia Autonoma di Bolzano) i dati della dematerializzata specialistica e farmaceutica in SAP, secondo i tracciati definiti dalla PAB e in modo continuativo</i></p> <p><i>5. Progetto "revisione dei flussi informativi": risolte le criticità emerse secondo il piano operativo di intervento riferito al 2024</i></p> <p><i>6. Sono recepite le nuove specifiche per la prescrizione ed erogazione delle prestazioni a seguito dell'entrata in vigore dei nuovi LEA di cui al DPCM 12.01.2017</i></p> <p><i>1. Das System zur Verschreibung und Genehmigung der Medizinprodukte ist funktionsfähig und ist mit dem System der Verabreichung der Apotheken auf dem Territorium integriert</i></p> <p><i>2. Gemäß der geltenden Gesetzgebung ist die Verwaltung des Verlaufs der Phasen der medizinischen Verschreibungen (ausgenommen der Verschreibung an sich) im Falle von neuen und erneuerten Verträgen in den akkrediterten privaten Einrichtungen digitalisiert</i></p> <p><i>3. Die Kontrollen mittles SAP (Landesempfangssystem) werden fortgesetzt und es wird dessen Umsetzung fürs Jahr 2024 mit der Abteilung Gesundheit festgelegt</i></p> <p><i>4. Der APB (Autonome Provinz Bozen) werden die Daten der digitalisierten Verschreibung der ambulanten Fachmedizin und der Arzneimittel in SAP zur Verfügung gestellt, und zwar kontinuierlich und nach den von der APB festgelgten Pfaden</i></p> <p><i>5. Projekt "Überprüfung des Informationsflusses": Lösung kritischer Fragen im Rahmen des Einsatzplans 2024</i></p> <p><i>6. Die neuen Vorgaben für die Verschreibung und Erbringung der Leistungen werden mit Inkrafttreten der neuen WBS/LEA gemäß DPMR 12.01.2017 umgesetzt</i></p>	<p>1. Nel 2024 è stato sviluppato il sistema di prescrizione e di autorizzazione dei presidi per incontinenza e ritenzione urinaria e quest'ultimo è stato integrato con il sistema di erogazione delle farmacie territoriali. Pertanto il sistema è funzionante per l'entrata in vigore della delibera 1036/2024, che contiene il nuovo regolamento per l'erogazione dei presidi indicati.</p> <p>2. È garantita la gestione in forma dematerializzata del ciclo di vita delle prescrizioni sanitarie da parte delle strutture private. Nel corso del 2024 sono inoltre state attuate alcune iniziative rivolte alle strutture private convenzionate per garantire la corretta gestione delle prescrizioni dematerializzate:</p> <ul style="list-style-type: none">- organizzazione di due eventi formativi rivolti al personale amministrativo delle strutture private convenzionate in data 16.09.2024 e 16.10.2024, sulle modalità operative da seguire per la corretta gestione delle prescrizioni dematerializzate nonché sull'utilizzo dello strumento informatico CUPWeb per la corretta rendicontazione dematerializzata delle prestazioni sanitarie erogate;- elaborazione ed invio di un report settimanale alle strutture private convenzionate, per il monitoraggio dell'attività di rendicontazione delle prestazioni. <p>3. Nel corso dell'anno è stata messa in produzione una versione aggiornata dei controlli SAP sulle prescrizioni dematerializzate di specialistica ambulatoriale e sull'introduzione dei nuovi LEA.</p> <p>4. Sono stati messi a disposizione di PAB i dati della dematerializzata specialistica dal SAP. Si è in attesa di una loro validazione. Per i dati delle ricette dematerializzate di assistenza farmaceutica dal SAP è stato fatto tutto quanto è stato concordato in merito con PAB.</p> <p>5. Per il flusso SPA si è unificato il processo di gestione dei dati fra i comprensori di Bolzano e Merano, introducendo il modulo di Cassa CUPWeb anche a Merano. Per il flusso DEMA, vale quanto scritto nella relazione del Punto 4. Per il flusso Esenzioni sono state operate le riconduzioni necessarie di esenzioni provinciali (031, A31, A02, B02) alle rispettive esenzioni nazionali (0031, 0A31, 0A02, 0B02).- Per il flusso FarTer sono state fatte una serie di attività finalizzate a correggere tutti gli errori i problemi che storicamente si erano riscontrati, introducendo anche una serie di controlli. Si è quindi proceduto a recuperare i flussi informativi da febbraio 2023 a gennaio 2024. Per il flusso Hospice, nel mese di dicembre 2024 è stata attivata la gestione del regime Hospice su NGH-ADT presso l'Ospedale di Bolzano. Per i flussi Screening e Vaccinazioni sono state svolte le attività di supporto alla alimentazione, generazione e invio del flusso.</p> <p>Sono stati organizzati gli incontri di verifica dello stato di avanzamento dei lavori per i vari ambiti. Sono state pianificate ulteriori proposte di miglioramento e in parte anche già indicatori. La delibera è stata preparata e approvata con il 03.09.2024 (Del. nr. 2024-A-000939). In dicembre sono stati contattati per l'aggiornamento dell'elenco dei referenti.</p>
				<p>OBIETTIVO RINEGOZIATO PER IL PUNTO 1:</p> <p>1. È funzionante il sistema di prescrizione e di autorizzazione dei presidi per incontinenza e ritenzione urinaria e quest'ultimo è integrato con il sistema di erogazione delle farmacie territoriali.</p> <p>1. Das System zur Verschreibung und Genehmigung der Heilbehelfe bei Inkontinenz und Harnverhalt ist funktionsfähig und ist mit dem System der Verabreichung der Apotheken auf dem Territorium integriert</p>	<p>6. Con l'entrata in vigore dei nuovi LEA a partire dal 30.12.2024 sono stati aggiornati tutti i sistemi di prescrizione e di erogazione delle prestazioni al nuovo Catalogo Provinciale del Prescrivibile. L'aggiornamento informatico è stato inoltre accompagnato da una serie di iniziative ed attività attuate in accordo con gli uffici provinciali competenti:</p> <ul style="list-style-type: none">- invio di circolari informative sull'entrata in vigore dei nuovi LEA al personale interno dell'Azienda in data 29.11.2024, ai Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) in data 05.12.2024 e ai partner privati convenzionati nel mese di novembre;- svolgimento di webinar informativi rivolti al personale sanitario ed amministrativo dell'Azienda in data 4.12.2024 e 11.12.2024 in lingua tedesca e 5.12.2024 e 12.12.2024 in lingua italiana, nonché ai MMG e PLS in data 18.12.2024, sulle principali novità in tema prescrittivo e sulla gestione della fase transitoria ai nuovi LEA;- elaborazione e pubblicazione sul sito internet dell'Azienda a partire dal mese di maggio 2024, di tabelle di transcodifica tra i codici del vecchio e del nuovo Catalogo, al fine di facilitare i medici in fase di prescrizione;- creazione di una pagina intranet per il personale dell'Azienda, in cui sono state riassunte tutte le principali novità, sono stati inseriti i collegamenti al nuovo Nomenclatore Tariffario Provinciale e al nuovo Catalogo Provinciale del Prescrivibile disponibili sul sito della Provincia Autonoma di Bolzano e sono stati caricati diversi materiali utili, tra cui le registrazioni dei webinar e le tabelle di transcodifica. <p>1. Im Jahr 2024 wurde das System zur Verschreibung und Genehmigung der Heilbehelfe bei Inkontinenz und Harnverhalt entwickelt und wurde mit dem System der Verabreichung über die Apotheken auf dem Territorium integriert. Somit ist das gesamte System bei Inkrafttreten des Beschlusses 1036/2024, der die Abgabe der obgenannten Medizinprodukte neu regelt, funktionsfähig.</p> <p>2. Die Verwaltung des Lebenszyklus von ärztlichen Verschreibungen in dematerialisier-ter Form durch private Einrichtungen ist gewährleistet. Im Laufe des Jahres 2024 wurden zudem einige Initiativen für die vertragsgebundenen privaten Einrichtungen umgesetzt, um die korrekte Verwaltung der dematerialisierten Verschreibungen zu garantieren:</p> <ul style="list-style-type: none">- Organisation von zwei Fortbildungs-veranstaltungen für das Verwaltungspersonal der vertragsgebundenen privaten Einrichtungen am 16.09.2024 und 16.10.2024 zum Thema „Operative Verfahren zur korrekten Verwaltung von dematerialisierten Verschreibungen sowie zur Nutzung der informatischen Software CUPWeb für die korrekte dematerialisierte Abrechnung der erbrachten Gesundheitsleistungen“;- Ausarbeitung und Zustellung eines wöchentlichen Reports an die vertrags-gebundenen privaten Einrichtungen zur Überwachung der Abrechnung der erbrachten Leistungen. <p>3. Im Laufe des Jahres wurde eine aktualisierte Version der SAP-Kontrollen zu digitalen Rezepten für ambulante Fachärzte und zur Einführung des neuen WBS/LEA in Produktion genommen.</p> <p>4. Die aus dem SAP System abgerufenen Daten der dematerialisierten Verordnungen der fachärztlichen Ambulanzleistungen wurden der PAB zur Verfügung gestellt. Wir warten auf ihre Validierung. Für die Daten der dematerialisierten Rezepte der Arzneimittelhilfe aus dem SAP System, sind alle mit der PAB vereinbarten Schritte abgeschlossen worden.</p>

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
					<p>5. Für den SPA-Datenfluß wurde der Datenverwaltungsprozess zwischen den Bezirken Bozen und Meran vereinheitlicht und das Modul Cassa CUPWeb auch in Meran eingeführt. Für den DEMA-Fluß gilt, was im Bericht unter Punkt 4 steht. Für den Befreiungen-Datensfluß sind die erforderlichen Abstimmungen der Provinzbefreiungen (031, A31, A02, B02) mit den jeweiligen nationalen Befreiungen (0031, 0A31, 0A02, 0B02) durchgeführt worden. Für den FarTer-Datenfluß wurden eine Reihe von Aktivitäten durchgeführt, die darauf abzielten, alle in der Vergangenheit aufgetretenen Fehler und Probleme zu beheben und eine Reihe von Kontrollen einzuführen. Was den Hospizfluss betrifft, wurde im Dezember 2024 die Verwaltung des Hospizregimes auf NGH-ADT im Krankenhaus Bozen aktiviert. Für die Screening- und Impfflüsse wurden die Aktivitäten zur Unterstützung der Zuführung, Generierung und Versendung des Flusses durchgeführt.</p> <p>Die Treffen zur Überprüfung des Umsetzungsstandes sind für alle Bereiche organisiert worden. Die Planung von weiteren Verbesserungsmaßnahmen und teilweise auch schon von Indikatoren ist erfolgt. Der Beschluss ist vorbereitet und mit 03.09.2024 (Beschluss Nr. 2024-A-000939) gefasst worden. Im Dezember sind die Referenten zur Bestätigung/Ajourierung angeschrieben worden.</p> <p>6. Mit dem Inkrafttreten der neuen WBS am 30.12.2024 sind alle Verschreibungs- und Leistungserbringungssysteme gemäß dem neuen Landeskatalog der verschreibbaren Leistungen aktualisiert worden. Die informatische Aktualisierung ist zudem von einer Reihe von Initiativen und Tätigkeiten in Absprache mit den zuständigen Landesämtern begleitet und umgesetzt worden:</p> <ul style="list-style-type: none">- Versendung von Informationsrundschriften über das Inkrafttreten der neuen WBS an das interne Personal des Sanitätsbetriebs am 29.11.2024, an die Ärzte der Allgemein-medizin (AAM) und Kinderärzte freier Wahl (KFW) am 05.12.2024 und an die privaten Vertragspartner im Monat November;- Abwicklung von Informations-Webinaren am 04.12.2024 und 11.12.2024 in deutscher Sprache und am 05.12.2024 und 12.12.2024 in italienischer Sprache für das Gesundheits- und Verwaltungspersonal des Sanitätsbe-triebs, und am 18.12.2024 für die AAM/KFW über die wichtigsten Neuerungen in Bezug auf die Verschreibungen und die Verwaltung der Übergangsphase der neuen WBS;- Transkodierung des alten Leistungskatalogs im Vergleich zum neuen Katalog zur Unterstützung der Ärzte in der Verschreibung und Veröffentlichung der Transkodierungs-tabellen auf der Internetseite des Sanitätsbetriebs ab Mai 2024;- Erstellung einer Intranet-Seite für das Personal des Sanitätsbetriebs, in welcher alle wichtigsten Neuerungen zusammengefasst sind, es wurden die Links zum neuen Landes-tarifverzeichnis und zum neuen Landes-katalog der verschreibbaren Leistungen, abrufbar auf der Internetseite der Autonomen Provinz Bozen, eingefügt und es wurden verschiedene nützliche Dokumente, wie die Transkodierungstabellen und die Auf-zeichnung des Webinars hochgeladen.
39	E.3.1 E.3.2	E Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici e i sistemi di comunicazione. Entwicklung der Informationssysteme und der Informatik und Kommunikationssysteme	Fascicolo Sanitario Elettronico FSE Elektronische Gesundheitsakte 1. Utilizzo delle funzionalità del "Portale per collaboratori dei documenti sanitari dematerializzati- Personale medico" da parte dei medici di ASDAA (gestione accordi di consultazione del FSE per conto di pazienti, consulenza/richiamo nel FSE dei documenti clinici e dei dati ad accesso autorizzato dalle persone trattate) 2. Adeguamento dei sistemi informativi aziendali per l'alimentazione del FSE secondo quanto previsto nelle linee guida ministeriali per l'introduzione del FSE 2.0 1. Nutzung der Funktionalitäten des "Portals für Mitarbeiter von digitalisierten Gesundheitsunterlagen - Ärztliches Personal" durch Ärzte des Sanitätsbetriebes (Verwaltung von FSE-Konsultationsvereinbarungen für den Patienten, Abfrage/Abruf von klinischen Unterlagen und Daten im FSE mit Zugriffsberechtigung durch die behandelten Personen) 2. Anpassung der betrieblichen Informationssysteme zur Einspeisung des FSE gemäß den ministeriellen Leitlinien zur FSE 2.0	BSC 2024: <i>1. Sono stati effettuati gli incontri di presentazione delle funzionalità di consultazione dei dati del FSE con i medici ospedalieri e territoriali di ASDAA</i> <i>2. I sistemi aziendali tra i quali anche il laboratorio di analisi inviano al FSE i documenti e i dati secondo gli standard previsti dalle specifiche del FSE 2.0, nel rispetto delle tempistiche definite nel POR (Piano Operativo Regionale) del PNRR.</i> <i>1. Es wurden Treffen veranstaltet, um den Krankenhaus- und Gebietsärzten des Sanitätsbetriebes die Funktionen der FSE-Datenabfrage vorzustellen</i> <i>2. Die Betriebssysteme, darunter auch das Analyselabor, übermitteln Dokumente und Daten an den FSE gemäß den in den FSE 2.0 genannten Standards und in Übereinstimmung mit den im POR (Piano Operativo Regionale/Regionaler Operationsplan) des PNRR festgelegten Fristen</i>	<p>1. La Ripartizione Informatica ha collaborato costantemente con le Ripartizioni Sviluppo del Personale e Comunicazione, titolari per l'intervento PNRR specifico per la comunicazione e la formazione dei professionisti sanitari sul FSE. Inoltre in collaborazione con la Ripartizione 23 di PAB ha organizzato incontri con i medici MMG/ PLS dei comprensori di Brunico (06.08.2024) e Bressanone (20.03.2024) per illustrare il funzionamento del FSE.</p> <p>2. In data 08.08.2024, il Dipartimento per la Trasformazione Digitale ha chiesto a PAB di validare i dati presenti sul Cruscotto di monitoraggio ai fini degli obiettivi previsti per il secondo trimestre 2023. In data 19.11.2024 PAB ha risposto, confermando che i vari indicatori risultano pari o superiori al proprio valore target 2023.</p> <p>Tutti i documenti clinici indicizzati sul FSE sono digitalmente nativi.</p> <p>1. Die Informatik-Abteilung hat kontinuierlich mit den Abteilungen Personalentwicklung und Kommunikation zusammengearbeitet, die für die spezifische PNRR-Intervention zur Kommunikation und Schulung von medizinischem Fachpersonal an die EGA verantwortlich sind. Darüber hinaus wurden in Zusammenarbeit mit der Landesverwaltung -Abteilung 23 Treffen mit den Hausärzten der Bezirke Bruneck (06.08.2024) und Brixen (20.03.2024) organisiert, um ihnen die Arbeitsweise der EGA zu erläutern.</p> <p>2. Am 08.08.2024 forderte das Dipartimento per la Trasformazione Digitale die Landesverwaltung auf, die auf dem Monitoring Dashboard vorhandenen Daten im Hinblick auf die für das zweite Quartal 2023 festgelegten Ziele zu validieren. Am 19.11.2024 antwortete die Landesverwaltung, dass die verschiedenen Indikatoren gleich oder höher als ihr Zielwert für 2023 sind.</p> <p>Alle in der EGA indizierten klinischen Dokumente sind digital nativ.</p>

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
40	E.4.1 E.4.2 E.4.3	E Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici e i sistemi di comunicazione. Entwicklung der Informationssysteme und der Informatik und Kommunikationssysteme	Implementazione dei sistemi informatici relativi al PNRR Umsetzung von IT-Systemen im Zusammenhang mit dem PNRR 1. Estensione dell'utilizzo del software per le Centrali Operative Territoriali (COT), completamento delle integrazioni con le cartelle cliniche dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con il FSE 2. Corretta e completa alimentazione di almeno 2 nuovi flussi NSIS (Nuovo Sistema Informativo Sanitario) legati al PNRR 3. Corretta e completa alimentazione del flusso SIAD (Sistema Informativo per il monitoraggio dell' Assistenza Domiciliare), inclusivo delle cure palliative domiciliari	BSC 2024 <i>1. Estensione dell'utilizzo della piattaforma COT per la gestione di ulteriori setting assistenziali (trasferimento in letti intermedi, trasferimento in strutture convenzionate)</i> <i>2. Sono progettati e alimentati i nuovi flussi NSIS e MEF previsti in ambito PNRR M6 (Missione 6): consultori familiari CF ex art. 24 LEA e riabilitazione territoriale ex art 34 LEA</i> <i>3. È alimentato il flusso SIAD in tutti i comprensori, anche per la parte di cure palliative domiciliari (UCP-DOM)</i> <i>1. Erweiterung der Nutzung der COT-Plattform für die Verwaltung zusätzlicher Betreuungsarten (Verlegung in Übergangsbetten, Verlegung in vertragsgebundene Einrichtungen)</i> <i>2. Die im PNRR, M6 (Mission 6) vorgesehenen neuen NSIS- und MEF-Flüsse werden entwickelt und gespeist: Familienberatungsstellen CF gemäß Art. 24 LEA und territoriale Rehabilitation gemäß Art. 34 LEA</i> <i>3. Der SIAD-Strom wird in allen Bezirken gespeist, auch für den Teil der häuslichen Palliativpflege (UCP-DOM)</i> OBIETTIVO RINEGOZIATO PER IL PUNTO 2: 2. Sono progettati i nuovi flussi NSIS e MEF previsti in ambito PNRR M6 (Missione 6): consultori familiari CF ex art. 24 LEA e riabilitazione territoriale ex art 34 LEA. L'alimentazione è prevista entro il 30/04/2025. 2. Die im PNRR, M6 (Mission 6) vorgesehenen neuen NSIS- und MEF-Datenflüsse werden entwickelt: Familienberatungsstellen CF gemäß ex Art. 24 LEA und territoriale Rehabilitation gemäß ex Art. 34 LEA. Die Speisung ist bis zum 30.04.2025 vorgesehen	1. Nel corso del 2024 è stata attivata la gestione di ulteriori setting assistenziali sia per trasferimenti verso le cure intermedie sia per trasferimenti verso i letti intermedi delle strutture convenzionate. 2. Il flusso SICOE è stato prodotto per il primo semestre 2024 e inviato a PAB. L'invio dei dati di attività del secondo semestre 2024 è previsto per la fine del mese di gennaio 2025. La produzione del flusso SIAR sulla base di quanto stabilito da PAB durante un incontro tenuto in data 09.07.2024 è in carico alla struttura SALUS a cui sono stati fornite tutte le informazioni tecniche necessarie per consentire la corretta gestione del flusso. Ad oggi però la struttura SALUS che deve fornire i dati a SABES non ha ancora prodotto quanto necessario. 3. Il flusso SIAD è alimentato per tutti i comprensori, anche per la parte di cure palliative domiciliari (UCP-DOM). 1. Im Laufe des Jahres 2024 wurde die Verwaltung zusätzlicher Betreuungsarten (Verlegung in Übergangsbetten, Verlegung in vertragsgebundene Einrichtungen) aktiviert. 2. Der SICOE-Datenfluß wurde für das erste Semester 2024 erstellt und an die Landesverwaltung gesendet. Die Übermittlung der Aktivitätsdaten für das zweite Semester 2024 wird bis Ende Januar 2025 erwartet. Die Erstellung des SIAR-Datenflusses auf Grundlage der Anweisungen der Landesverwaltung, welche während einer Sitzung am 07.09.2024 erteilt wurden, liegt in der Verantwortung der SALUS-Struktur, die mit allen erforderlichen technischen Informationen für die korrekte Verwaltung des Flusses ausgestattet wurde. Bislang hat die SALUS-Struktur, die Daten dem Sanitätsbetrieb noch nicht zur Verfügung gestellt. 3. Der SIAD-Datenfluß ist in allen Bezirken bereitgestellt worden, auch für den Teil der häuslichen Palliativpflege (UCP-DOM).
41	E.5	E Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici e i sistemi di comunicazione. Entwicklung der Informationssysteme und der Informatik und Kommunikationssysteme	Interoperabilità informatica con i Ministeri della Salute e del MEF IT-Interoperabilität mit dem Gesundheitsministerium und dem MWF Realizzazione dell'integrazione anagrafe assistiti BDPA (Banca Dati Provinciale degli Assistibili) con la nuova Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA) Integrierung der BDPA (Landesdatenbank für betreute Personen) mit der neuen nationalen Datenbank für betreute Personen (ANA)	BSC 2024: <i>Completamento dell'integrazione di ANA con l'infrastruttura provinciale FSE, cartella clinica MMG, repository AFT.</i> <i>Abschluss der Integrierung von ANA in die ESF-Infrastruktur des Landes, die Krankenakte des Hausarztes und das AFT-Repository.</i>	L'obiettivo di integrazione tra l'anagrafe assistiti aziendale (BDPA) e l'anagrafe nazionale assistiti (ANA) è stata portata a termine nei tempi previsti dal progetto coordinato dal MEF. Anche il corrispondente allineamento con le banche dati provinciali su cui si basano FSE, AFT e cartelle MMG è stato aggiornato in attesa del definitivo avvio di ANA, che è attualmente previsto, come da ultime indicazioni del MEF, il prossimo 1/4/2025. Das Ziel der Integration der Landesdatenbank für betreute Personen (BDPA) und der Nationalen Datenbank der Betreuten (ANA) wurde im Rahmen des vom MEF koordinierten Projekts innerhalb des vorgegebenen Zeitrahmens erreicht. Die entsprechende Angleichung an die Provinzdatenbanken, auf denen die Aufzeichnungen von EGA, AFT und Basismedizin basieren, wurde ebenfalls bis zum endgültigen Start von ANA aktualisiert, der nach den letzten Angaben des MEF derzeit für den 1.4.2025 geplant ist.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
47		B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten	Governo dell'appropriatezza prescrittiva Angemessenheit der Verschreibungen	Durante la pianificazione dei servizi, si seguono criteri prestabiliti e si raccolgono contributi per garantire ai pazienti con esigenze più urgenti di essere visitati per primi. 1) percentuale utilizzo prescrizione prestazioni ambulatoriali dematerializzate (90%) 2) percentuale rispetto delle priorità assegnate per le prestazioni specialistiche ambulatoriali secondo Deliberazione della Giunta Provinciale Nr. 1047 del 22.12.2020 per gli esami ad alto costo (RM colonna nella prima fase) (90%). Bei der Planung von Dienstleistungen werden vorher festgelegte Kriterien befolgt und Beiträge gesammelt, um sicherzustellen, dass Patienten mit den dringendsten Bedürfnissen zuerst behandelt werden. 1) Prozentsatz der digitalisierten Verschreibungen ambulanter Leistungen (90%) 2) Prozentsatz Einhaltung der für ambulante Facharztleistungen zugewiesenen Prioritäten gemäß Landesbeschluss Nr. 1047 vom 22.12.2020 für kostenintensive Untersuchungen (MRT- Wirbelsäule in der ersten Phase) (90%).	1) Il dato parziale per il 2024 (da gennaio a novembre, in quanto il dato di dicembre non è ancora disponibile) riporta un tasso di utilizzo della prescrizione dematerializzata per prestazioni ambulatoriali pari al 93,42%. Nel dettaglio (Fonte dati: SistemaTS): - MMG: 90,53% - PLS: 88,15% - Medici specialisti: 94,97% 2) Al momento continua la rilevazione dei dati e verifica della appropriatezza per la specialistica radiologica ambulatoriale per gli esami di alto costo (RM osteoarticolare nella prima fase). Per motivi indipendenti dalla forma vincolante delle radiologie della Azienda sanitaria di Bolzano la raccolta dati come programmato é iniziata con notevole ritardo che ha compromesso il raggiungimento dell'obiettivo. I ritardi sono stati attribuiti a decisioni del comitato etico e informatici. La valutazione della appropriatezza ed il rispetto delle priorità assegnate avviene mediante utilizzo di un questionario al paziente da compilare al momento dell'esame, la priorità assegnata dal medico prescrittore e le RAO. I dati non sono disponibili come previsto e lo saranno alla fine del 2025. 1) Die Daten (Teilergebnis) für das Jahr 2024 (von Jänner bis November, da die Daten für Dezember noch nicht verfügbar sind) zeigt eine Nutzungsrate der dematerialisierten Verschreibung von ambulanten Leistungen von 93.42%. Im Detail (Datenquelle: SistemaTS): - AAM: 90,53% - KFW: 88,15% - Fachärzte: 94,97% 2) Derzeit werden die Datenerfassung und die Überprüfung der Angemessenheit für die ambulante radiologische fachärztliche Versorgung für kostenintensive Untersuchungen (osteoartikuläre MRT in der ersten Phase) fortgesetzt. Aus Gründen, die unabhängig von der verbindlichen Form der Radiologie im Sanitätsbetrieb sind, begann die Datenerfassung mit einer erheblichen Verzögerung, die das Erreichen des Ziels gefährdete. Die Verzögerungen sind auf Entscheidungen der Ethik- und IT-Kommissionen zurück zu führen. Die Beurteilung der Angemessenheit und der Einhaltung der zugewiesenen Prioritäten erfolgt anhand eines Patientenfragebogens, der vom verschreibenden Arzt zugewiesenen Priorität und der RAO. Der Fragebogen ist zum Zeitpunkt der Untersuchung auszufüllen. Die Daten sind nicht wie erwartet verfügbar und werden Ende 2025 verfügbar sein.
59	E.2.1 E.2.2 E.2.3 E.2.4 E.2.5 E.2.6	E Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici e i sistemi di comunicazione. Entwicklung der Informationssysteme und der Informatik und Kommunikationssysteme	Implementazione Sistema Informativo Ospedaliero (SIO):	Nuova formulazione come da email del dott. Ortler del 8.11.24: 1. I nuovi Moduli Software ADT é funzionante entro 31/12/2024 nel comprensorio sanitario di Bolzano e Merano; 2. I nuovi Moduli Software "Pronto soccorso" e "Order Entry" sono funzionanti entro 31/12/2024 nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano; 3. I nuovi Moduli gestione di Reparto (Cartella Clinica di Ricovero e Infermieristica) sono funzionanti entro 31/12/2024 nel 50% dei reparti dell'Ospedale di Bolzano e del Comprensorio Sanitario di Merano; 4. I Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale", il Modulo "NGH - PSM (Prescrizione- Somministrazione- Monitoraggio)" e NGH - CUP "Centro Unico di Prenotazione WEB (CUPWEB)" sono diffusi a Bolzano, Merano e Silandro entro il 31/12/2024; 5. Il modulo delle Sale Operatorie è operativo negli Ospedali di Merano e Silandro entro il 31/12/2024 6. Il collegamento IKIS per i medici delle cure primarie viene disattivato entro il 31.08.2024, garantendo il mantenimento delle funzioni tramite FSE BSC 2024 (old): <i>1. I nuovi Moduli Software ADT e gestione di Reparto sono funzionanti: al 100% entro 31/03/2024 nel comprensorio sanitario di Bressanone e al 100% entro il 30/09/2024 nel comprensorio sanitario di Brunico.</i> <i>2. I nuovi Moduli Software "Pronto soccorso" e "Order Entry" sono funzionanti: al 100% entro 31/03/2024 nel comprensorio sanitario di Bressanone e al 100% entro il 30/09/2024 nel comprensorio sanitario di Brunico.</i> <i>3. I Moduli Software Cartella Clinica di Ricovero e Infermieristica sono funzionanti: al 100% entro il 30/06/2024 nei comprensori sanitari di Bolzano e Merano; nel comprensorio di Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024.</i> <i>4.I Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale", il Modulo "NGH - PSM (Prescrizione- Somministrazione- Monitoraggio)" e NGH - CUP "Centro Unico di Prenotazione WEB (CUPWEB)" sono diffusi a Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024.</i> <i>5. Il modulo delle Sale Operatorie è operativo nel comprensorio di Bressanone entro il 31/03/2024 e a Brunico entro il 30/09/2024</i> <i>6. È definito il progetto per l'introduzione del nuovo Software gestionale per i servizi delle dipendenze e adeguato il software per alimentare il flusso NPJA aggiornato.</i>	1. Il nuovo modulo software NGH_ADT é funzionante negli ospedali dei comprensori di Merano e di Bolzano. 2. I nuovi moduli software NGH_Pronto Soccorso e NGH_Order Entry sono funzionanti nei comprensori degli ospedali di Merano e di Bolzano. 3. Il nuovo modulo NGH_CCE di reparto é funzionante al 100% presso l' ospedale di Silandro, al 46% presso i reparti (11 su 24) dell'ospedale di Bolzano, 0% presso l'ospedale di Merano. 4. I moduli software di NGH_CCE ambulatoriale, NGH_PSM e NGH_CUPWeb sono funzionanti a Silandro, Merano e Bolzano. Solo tre ambulatori in totale non usano ancora NGH_CCE ambulatoriale. 5. Il modulo delle sale operatorie Digistat é operativo nelle sale operatorie degli ospedali di Silandro e di Merano. 6. Il collegamento IKIS per i medici delle cure primarie é stato disattivato entro il 31.08.2024 ed é garantito il mantenimento delle funzioni tramite FSE e TAO. 1. Das neue Softwaremodul NGH_ADT ist in den Kankenhäuasern von den Berzirken Meran und Bozen in Betrieb. 2. Die neuen Softwaremodule NGH_Pronto Soccorso und NGH_Order Entry sind in den Kankenhäusern von den Berzirken Meran und Bozen in Betrieb. 3. Das neue Abteilungsmodul NGH_CCE ist im Krankenhaus Schlanders zu 100 % funktionsfähig, in den Abteilungen (11 von 24) des Krankenhauses Bozen zu 46 % funktionsfähig und im Krankenhaus Meran zu 0 % funktionsfähig. 4. Die Softwaremodule NGH_CCE ambulant, NGH_PSM und NGH_CUPWeb sind in Schlanders, Meran und Bozen funktionsfähig. Lediglich drei der gesamten Praxen nutzen die ambulante NGH_CCE noch nicht. 5. Das OP-Modul Digistat ist in den Operationssälen der Krankenhäuser Schlanders und Meran im Einsatz. 6. Die IKIS-Anbindung für Hausärzte wurde zum 31.08.2024 abgeschaltet und der Funktionserhalt über FSE und TAO sichergestellt.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
				<p>OBIETTIVO RINEGOZIATO PER IL PUNTO 6:</p> <p>6. È definito il progetto per l'introduzione del nuovo Software gestionale per i servizi delle dipendenze e adeguato il software per alimentare il flusso NPJA aggiornato entro il 30/04/2025</p> <p>6. Das Projekt zur Einführung des neuen Verwaltungssoftwares für die Dienste für Suchterkrankungen ist festgelgt und die Software für die Einspeisung des aktualisierten Datenflusses der NPJA wurde bis zum 30.04.2025 angepasst</p> <p>1. Implementazione e diffusione dei diversi moduli SW della suite NGH che compongono il SIO NGH ADT, NGH PS, NGH OE, NGH CCE ambulatoriale NGH ePrescribe NGH CUP e NGH CCE di ricovero e infermieristica.</p> <p>2. Implementazione e diffusione del modulo SW di Gestione delle Sale Operatorie.</p> <p>3. Progettazione nuovo software per le dipendenze e per l'alimentazione del flusso NPJA.</p> <p>a. BZ/ME entro Q2-2024: diffusione al 100% del modulo NGH-CCE di ricovero e infermieristica.</p> <p>b. BX entro Q1-2024: diffusione al 100% dei moduli NGH-ADT, NGH-PS, NGH-OE, NGH-CCE ambulatoriale, NGH-ePrescribe, NGH-CUP, NGH-CCE di ricovero e infermieristica e Gestione delle Sale Operatorie.</p> <p>c. BK entro Q3-2024: diffusione al 100% dei moduli NGH-ADT, NGH-PS, NGH-OE, NGH-CCE ambulatoriale, NGH-ePrescribe, NGH-CUP, NGH-CCE di ricovero e infermieristica e Gestione delle Sale Operatorie.</p> <p>d. Definizione del progetto per l'introduzione del nuovo software per le dipendenze e adeguamento del software per alimentare il flusso NPJA.</p> <p>4. Per Dermatologia, Ginecologia e Ostetricia e per il Servizio Riabilitazione fisica dell'ospedale di Bolzano utilizzo del modulo software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH-CEE ambulatoriale"</p>	
77	A.1.1	<p>A Riqualificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti</p> <p>Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen</p>	<p>FVCO</p> <p>Sviluppo ulteriore della collaborazione tra i servizi per la doppia diagnosi (disturbi psichiatrici e dipendenze)</p> <p>Weiterer Fortschritt bei der Zusammenarbeit zwischen Diensten für Doppeldiagnosen</p>	<p>BSC 2024:</p> <p><i>Approvato e implementato il protocollo di collaborazione sulla doppia diagnosi nel settore delle dipendenze, che coinvolga anche il Pronto Soccorso e le Medicine.</i></p> <p><i>Genehmigung und Umsetzung des Protokolls zur Zusammenarbeit bezüglich der Doppeldiagnose im Bereich Suchterkrankungen, wo auch die Notaufnahme und die Medizinabteilungen mit eibezogen sind.</i></p> <p>Sono predisposti a livello aziendale protocolli, al fine di coordinare le prestazioni erogate a pazienti con doppia diagnosi (psichiatrica e dipendenze)</p> <p>1) stesura bozza procedura aziendale per il trattamento dei pazienti con doppia diagnosi rispetto alla tematica individuata, presentazione/condivisione con i servizi coinvolti.</p> <p>2) approvazione della procedura, definizione del piano di attuazione ed implementazione in una realtà aziendale di maggiore criticità.</p> <p>Auf Betriebsebene werden Protokolle erstellt, um die Leistungen für Patienten mit einer Doppeldiagnose (Psychiatrie und Sucht) zu koordinieren.</p> <p>1) Ausarbeitung des Entwurfes für die Betriebsprozedur für die Behandlung der Patienten mit Doppeldiagnose in Bezug auf die festgelegte Thematik, Vorschlag/Austausch mit den beteiligten Diensten.</p> <p>2) Genehmigung der Prozedur, Festlegung des Durchführungsplanes und Implementierung in einem Bereich des Betriebes, in welchem die Problematik besonders auffällig ist.</p>	<p>1) Negli incontri effettuati è stata revisionata la procedura già esistente riguardante le intossicazioni acute non complicate da aggressività modificando - lo schema di valutazione, sostituito dal "News2"</p> <p>- i criteri di esclusione e inclusione per il ricovero in medicina o psichiatria</p> <p>2) Il gruppo di lavoro ha valutato inoltre la necessità di regolamentare le modalità di coordinamento tra i diversi professionisti, in ambito di gestione degli intossicati aggressivi/agitati, con un ulteriore documento.</p> <p>1) In den Sitzungen wurde das bestehende Verfahren für akute Vergiftungen, die nicht durch agressives Verhalten erschwert sind, überarbeitet, indem Folgendes geändert wurde</p> <p>-das Beurteilungsschema wurde durch „News“ ersetzt</p> <p>- die Ausschluss- und Einschlusskriterien für die Aufnahme in der medizinischen -oder psychiatrischen Abteilung</p> <p>2) die Arbeitsgruppe hat auch die Notwendigkeit bewertet, die Art und Weise zu regeln, in der die verschiedenen Berufsgruppen im Rahmen des Umgangs mit aggressiven/erregten substanzerkrankten Personen ihre Arbeit mit einem weiteren Dokument zu koordinieren</p>

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
80		D Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo Optimierung der Führung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle	Implementazione Datawarehouse. Umsetzung Datawarehouse. Prima implementazione del datawarehouse aziendale per vari ambiti informativi.	Consolidamento delle seguenti aree nel datawarehouse: 1. Materiale (dati di costo da contabilità analitica e messa a disposizione del dettaglio articoli dal gestionale del materiale). 2. Personale 3. Sala operatoria 4. Dati sulla popolazione 5. Tempi di attesa. Konsolidierung folgender Bereiche im DWH: 1. Material (Kostendaten aus der Kostenrechnung und Informationen zu den Artikeln aus der Magazinverwaltung) 2. Personal 3. Operationssäle 4. Daten zur Bevölkerung 5. Wartezeiten NUOVA FORMULAZIONE: 1. Consolidamento e verifica della qualità del dato : SDO, SPA, EMUR (PS) entro il 30.09.2024 2. Implementazione: Personale e Dati sulla popolazione entro il 31.12.2024	1. All'interno del DWH sono stati caricati i dati relativi ai flussi SDO, SPA, EMUR (PS). Per quanto riguarda l'ambito della specialistica i dati del 2024 non sono completamente corretti. 2. All'interno del DWH sono stati inseriti alcuni dati sul personale e nel report messo a dispozione sono presenti due indicatori: Personale FTE Standard e Ore lavorate. Non sono ancora presenti dati sulla Popolazione. 1. Im DWH wurden die Daten zu den Flüssen SDO, SPA und EMUR (PS) hochgeladen. Was den Bereich der ambulanten fachärztlichen Betreuung betrifft, sind die Daten des Jahres 2024 noch nicht korrekt. 2. Im DWH sind einige Daten über das Personal eingefügt und im bereitgestellten Report sind zwei Indikatoren vorhanden: Standard-FTE-Personal und gearbeitete Stunden. Daten zur Bevölkerung sind noch keine vorhanden.
82		C Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale, Ricerca e Innovazione Entwicklung der Personalressourcen und der beruflichen Fortbildung	Colloqui di fine rapporto. Austrittsgespräche.	1. È stato sviluppato e implementato un questionario online per l'indagine sui dipendenti che lasciano l'azienda sanitaria. 2. Il 90% dei dipendenti che lasciano l'azienda sanitaria riceve un questionario online per rilevare i motivi per cui hanno lasciato l'azienda. 3. I dipendenti che non forniscono motivi specifici come pensionamento, motivi familiari, ecc. tramite il questionario online saranno contattati personalmente e interrogati sui motivi della loro dimissione. 4. I risultati dei colloqui personali vengono valutati, analizzati e discussi con i direttori responsabili ogni tre mesi. 1. Online-Fragebogen zur Befragung aller Mitarbeiter die aus dem Sanitätsbetrieb ausscheiden ist ausgearbeitet und implementiert. 2. 90% der Mitarbeiter die den Sanitätsbetrieb verlassen erhalten einen Online-Fragebogen zur grundsätzlichen Erhebung ihrer Austrittsgründe. 3. Mitarbeiter die aus dem Online-Fragebogen nicht besondere Gründe wie Pensionierung, familiäre Gründe usw. angeben, werden persönlich kontaktiert und über die Gründe ihres Ausscheidens befragt. 4. Die Ergebnisse der persönlichen Interviews werden ausgewertet und analysiert und alle drei Monate mit den Verantwortlichen Direktoren besprochen.	1. Il questionario è stato somministrato fino a maggio 2024. A partire da giugno 2024 il questionario è stato sostituito da una telefonata personale per sondare i motivi di abbandono dell'Azienda Sanitaria come datore di lavoro, poichè pervenivano troppo poche risposte al questionario. 2. Il progetto è stato esteso e viene intervistato il 100% dei dipendenti uscenti. 3. Sono stati svolti tutti i colloqui necessari e sono stati rilevati i motivi del licenziamento. 4. Considerato il cambio della dirigenza aziendale, i risultati vengono presentati a cadenza di 6 mesi. 1. Die schriftliche Befragung wurde bis Mai 2024 durchgeführt. Ab Juni 2024 wurde die Befragung durch ein persönliches Telefonat ersetzt, um die Gründe für das Ausscheiden aus dem Sanitätsbetrieb zu erfragen, da zu wenige Antworten auf die schriftliche Befragung eingingen. 2. Das Projekt wurde ausgedehnt und 100 % der ausscheidenden Mitarbeiter werden nun interviewt. 3. Alle notwendigen Gespräche wurden geführt und die Kündigungsgründe ermittelt. 4. Aufgrund der Veränderungen in der Betriebsdirektion werden die Ergebnisse halbjährlich präsentiert.
93		B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten	È disponibile un documento aziendale sulla gestione delle ferite e dei decubiti. La gestione delle ferite e del decubito del paziente è basata sull'evidenza e nel senso della gestione del rischio. Betriebliches Dokument zur Handhabung des Wundmanagements und der Decubiti liegt vor Das Wund- und Dekubitusmanagement am Patienten erfolgt evidenzbasiert und im Sinne eines Risikomanagements.	1. Il foglio informativo, per pazienti e caregiver sul trattamento di lesioni cutanee è stato preparato in un formato comprensibile 2. Il processo di scambio di informazioni sugli interventi in termini di gestione delle lesioni durante le transizioni di assistenza è definito e inserito nella gestione istituzionale delle dimissioni. 3. In tutti 4 comprensori sanitari avviene al minimo una presentazione sulla gestione delle lesioni cutanee 1. Das Informationsblatt für Patienten und Caregiver für die Haut und Wundversorgung in einem verständlichen Format ist erstellt. 2. Der Prozess zum Austausch von Informationen bezüglich der Interventionen im Sinne des Woundmanagements bei Versorgungsübertritten ist definiert und in das institutionelle Entlassungsmanagement eingebettet. 3. In den 4 Gesundheitsbezirken erfolgt mindestens eine Vorstellung über das Woundmanagement	1. Il foglio informativo per pazienti e caregiver sul trattamento di lesioni cutanee è stato redatto in formato comprensibile. 2. Il processo di scambio di informazioni riguardante la gestione delle lesioni durante le transizioni di assistenza è inserito nella gestione istituzionale delle dimissioni. 3. Una presentazione del documento aziendale della gestione delle lesioni cutanee in formato digitale è stata predisposta e messa a disposizione a livello aziendale. 1. Das Informationsblatt für Patienten und Caregiver für die Haut und Wundversorgung ist in einem verständlichen Format erstellt. 2. Der Prozess zum Austausch von Informationen bezüglich der Interventionen im Sinne des Woundmanagements bei Versorgungsübertrittten ist definiert und in das institutionelle Entlassungsmanagement eingebettet.Erste Abteilungen haben dies bereits informatisiert. 3. Eine Präsentation des Dokumentes wurde in digitaler Form erstellt und auf Betriebsebene zur Verfügung gestellt.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
96	B.2.2	<p>B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa</p> <p>Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten</p>	<p>Potenziamento della rete di cure palliative</p> <p>Ausbau des Palliativnetzwerkes</p>	<p>BSC 2024:</p> <p>2. Sono aumentate del 5% le segnalazioni e le prese in carico da parte del servizio di cure palliative (rispetto ai flussi hospice e Cure Palliative domiciliari dell'anno precedente).</p> <p>2. Die Meldungen und Patientenübernahmen des Palliativpflegedienstes stiegen um 5 % (im Vergleich zu den Flüssen der Hospiz- und häuslichen Palliativpflege im Vorjahr).</p> <p>L'assistenza palliativa per l'ambito adulto viene erogata in tutti i quattro nodi della rete (domicilio, ambulatorio, ospedale e Hospice)</p> <p>Definizione aziendale della rete di cure palliative in ambito pediatrico</p> <p>1. È implementata l'assistenza di cure palliative nell'ambito dell'adulto a domicilio, in ospedale, in ambulatorio e in Hospice, dove presente.</p> <p>2. Sono implementate le cure palliative pediatriche in base a quanto definito nel documento aziendale "La rete di terapia del dolore e cure palliative per l'ambito pediatrico".</p> <p>3. Il Servizio di cure palliative partecipa al raggiungimento degli obiettivi del PNRR per la parte inerente le cure palliative domiciliari (611 pazienti in UCPCDOM).</p> <p>4. Nei flussi Hospice e Cure palliative le segnalazioni e le prese in carico da parte del servizio di cure palliative sono aumentate almeno del 5%; paz. dec. a domicilio per tumore assistiti dalla rete cure palliative; tasso ricoveri in Hospice per malati con patol. Oncol.</p> <p>Die Palliativbetreuung im Erwachsenenbereich wird in allen vier Bereichen (Wohnort, Ambulatorium, Krankenhaus und Hospice) umgesetzt.</p> <p>Betriebsweite Definition der Palliativversorgung im pädiatrischen Bereich</p> <p>1. Die Palliativbetreuung im Erwachsenenbereich wird in den Bereichen Wohnort, Krankenhaus, Ambulatorium und Hospice, wo vorhanden, des Netzwerks umgesetzt.</p> <p>2. Die Palliativbetreuung im pädiatrischen Bereich ist auf der Grundlage des Betriebsdokumentes "La rete di terapia del dolore e cure palliative per l'ambito pediatrico" umgesetzt.</p> <p>3. Der Dienst für Palliativbetreuung beteiligt sich an der Erreichung der laut PNRR vorgegebenen Ziele für den Bereich der wohnortnahen Palliativbetreuung (611 Patienten in der Betreuungsform UCPCDOM).</p> <p>4. In den Abläufen der Hospiz- und Palliativversorgung sind die Überweisungen und die Übernahmen durch den Palliativdienst um mindestens 5 % gestiegen; Patienten, onkologische Patienten, die am Wohnort verstorben sind und vom Palliativdienst betreut wurden; Hospizeinweisungsrate für Patienten mit onkologischen Pathologien (Bruneck 25%, Brixen und Meran 50% und Bozen 65%)</p>	<p>1. In tutti i 4 comprensori sono attivi tutti i nodi della rete tranne che a Bressanone dove non è ancora stato attivato l'Hospice, ma è prevista la creazione di 6 posti letto qualora le risorse strutturali e di personale lo consentano.</p> <p>2. Le cure palliative pediatriche sono implementate su tutto il territorio provinciale nel rispetto di quanto previsto dal documento Aziendale "La rete di cure palliative per l'ambito pediatrico".</p> <p>3. Le persone con >65 anni per cui è stata attivata una UCP DOM al 31 dicembre 2024 sono 1.106 (l'obiettivo previsto era 611 persone).</p> <p>4. Al 31 dicembre 2024 risultano 1393 nuove prese in carico a domicilio mentre i ricoveri in Hospice sono stati 615. Pur con un organico medico inferiore a quello necessario, le prese in carico di pazienti oncologici da parte del servizio cure palliative rispetto all'anno precedente è globalmente del 9,6% (superiore al 5%)</p> <p>1. In allen 4 Bezirken sind alle Betreuungssettings aktiv, außer in Brixen, wo das Hospiz noch nicht aktiviert wurde. Es ist jedoch geplant, 6 Betten zu schaffen, sofern die strukturellen und personellen Ressourcen dies zulassen.</p> <p>2. Die pädiatrische Palliativversorgung wird im gesamten Provinzgebiet gemäß dem Betriebsdokument „Das Netzwerk der pädiatrischen Palliativbetreuung und Schmerzbehandlung" umgesetzt.</p> <p>3. Die Anzahl der Personen über 65 Jahre, für die bis zum 31. Dezember 2024 eine UCP DOM aktiviert wurde, beträgt 1.106 (das geplante Ziel waren 611 Personen).</p> <p>4. Bis zum 31. Dezember 2024 wurden 1.393 neue häusliche Betreuungen registriert, während die Anzahl der Aufnahmen im Hospiz 615 betrugen. Trotz eines geringeren medizinischen Personals als erforderlich, ist die Betreuungübernahme von onkologischen Patienten durch den Palliativdienst im Vergleich zum Vorjahr insgesamt um 9,6 % gestiegen (über dem Zielwert von 5 %).</p>
97	A.2.2 A.2.3	<p>A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti</p> <p>Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen</p>	<p>Progressiva attuazione del riordino delle cure primarie ai sensi degli obblighi PNRR e DM 77/2022, oltre che del Chronic Care Model.</p> <p>Schrittweise Umsetzung der Reorganisation der Grundversorgung gemäß den PNRR-Verpflichtungen und dem MD 77/2022 sowie dem "Chronic Care Model".</p>	<p>BSC 2024:</p> <p>2. I comprensori sanitari concludono la mappatura delle attività da gestire a livello territoriale e propongono un cronoprogramma di trasferimento dall'ospedale al territorio</p> <p>3. Sono implementati i percorsi clinici integrati di trasferimento delle attività dall'ospedale al territorio previsti per il 2024 (diabetologia, oculistica, dermatologia).</p> <p>2. Die Gesundheitsbezirke vervollständigen die Übersicht der auf dem Territorium zu verwaltenden Tätigkeiten und schlagen einen Zeitplan für die Verlegung vom Krankenhaus auf das Territorium vor</p> <p>3. Die für 2024 geplanten integrierten klinischen Pfade zur Verlagerung der Tätigkeiten vom Krankenhaus auf das Territorium wurden umgesetzt (Diabetologie, Augenheilkunde, Dermatologie)</p> <p>1. I comprensori sanitari concludono la mappatura delle attività da gestire a livello territoriale e propongono un cronoprogramma di trasferimento dall'ospedale al territorio</p> <p>2. Sono implementati i percorsi clinici integrati di trasferimento delle attività dall'ospedale al territorio previsti per il 2024 (diabetologia, oculistica, dermatologia).</p> <p>3. Proseguimento della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria di prossimità in considerazione dei milestone definiti dal Ministero.</p> <p>4. Pianificazione graduale dell'implementazione dei PDTA</p> <p>5. Aumento dei pazienti in ADI</p> <p>6. Pianificazione delle Case della Comunità</p> <p>7. Pianificazione degli Ospedali della Comunità</p> <p>1. Die Gesundheitsbezirke schließen die Bestandsaufnahme der auf territorialer Ebene zu verwaltenden Aktivitäten ab und schlagen einen Zeitplan für die Verlegung vom Krankenhaus auf das Territorium vor</p> <p>2. Die für 2024 geplanten integrierten klinischen Pfade für die Verlagerung von Aktivitäten aus dem Krankenhaus auf das Territorium (Diabetologie, Augenheilkunde, Dermatologie) werden umgesetzt.</p> <p>3. Fortsetzung der Reorganisation des lokalen Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der vom Ministerium definierten Meilensteine.</p> <p>4. Schritt-für-Schritt-Planung des PDTA-Rollouts</p> <p>5. Anstieg der Patienten in integrierter Hausbetreuung</p> <p>6. Planung der Gemeinschaftshäuser</p> <p>7. Planung der Gemeinschaftskrankenhäuser</p>	<p>1. La mappatura delle attività ed il relativo trasferimento delle stesse rientra nel PAT che è in fase di elaborazione nei rispettivi Comprensori sanitari. entro il 31.12. A febbraio 2025 questo verrà deliberato dalla Direzione aziendale</p> <p>2. I percorsi clinici integrati di trasferimento delle attività dall'ospedale al territorio (diabetologia, oculistica, dermatologia) vengono richiamati all'interno del PAT (piano delle attività triennale); è pertanto subordinato all'operatività del Comitato di Comprensorio. Nel 2024 sono stati contattati gli specialisti ospedalieri per accordarci sul relativo trasferimento delle attività sulla base del numero di pazienti cronici che rientrano nei percorsi dei PDTA. Per quanto di competenza comprensoriale la programmazione di trasferimento è stata conclusa ed organizzata all'interno del PAT. L'implementazione della stessa avverrà non appena saranno operative le Case di Comunità.</p> <p>3. La riorganizzazione della attività territoriale per la assistenza sanitaria di prossimità è in continuo sviluppo. L'implementazione dell'assistenza centrata sulla famiglia prosegue in base alla pianificazione aziendale e ulteriori distretti hanno iniziato il percorso di implementazione. È stata conclusa la pianificazione per l'implementazione dell'assistenza centrata sulla famiglia per l'anno 2025 che prevede il coinvolgimento degli ultimi 4 distretti (Alta Val Pusteria, Salto-Sarentino-Renon, Lana e Don Bosco-Europa). L'approccio dell'assistenza centrata sulla famiglia si trova in fase di sviluppo: i primi 4 distretti sanitari (Val Passiria, Bassa Atesina, Chiusa e Brunico) hanno iniziato con l'implementazione degli accessi domiciliari proattivi centrati sulla famiglia.</p> <p>4. I percorsi diagnostico terapeutici PDTA che sono stati elaborati in PAB sono 4: diabete, scompenso cardiaco, BPCO, Artrite reumatoide (patologie croniche di più frequente riscontro in PAB). Questi percorsi sono stati deliberati dalla Giunta Provinciale DPG 366 14/05/24 , Il fabbisogno aggiuntivo stimato in merito al documento pubblicato è stato modificato dai Dirigenti Tecnico assistenziali, , che hanno definito gli slot per ogni accesso ambulatoriale rispetto alle attività da garantire, da qui ne esce il fabbisogno assistenziale quantificato sulla base del numero di pazienti cronici. In ogni Comprensorio sanitario sono stati definiti i percorsi diagnostico terapeutici (PDTA) che dovranno partire per primi. Il PDTAR del Parkinson è concluso; è iniziata la traduzione del PDTA SLA. Per il PDTAR del Parkinson è stato istituito un gruppo di lavoro per seguirne l'implementazione e sono stati identificati e intrapresi i primi passi da compiere. Un piano di diffusione e implementazione è previsto anche per il PDTA della SLA.</p> <p>5. In merito al numero dei pazienti over 65 da prendere in carico in assistenza domiciliare integrata, si fa presente che al numero di pazienti presi in carico vanno aggiunti i pazienti che sono stati presi in carico entro dicembre 2024, in quanto l'implementazione del flusso, ossia i dati possono essere inviati al Ministero entro marzo 2025. AL 31.12.2024 risultano 10.724 pazienti > 65 anni presi in carico. Il target previsto era pari a 10.191 pazienti.</p> <p>È prevista e contenuta in entrambi i documenti l'attivazione dell'ADI per i pazienti che ne necessitano. Prevedibilmente un incremento di presa in carico in ADI avverrà più consistentemente quando entrambi i documenti saranno recepiti e implementati.</p> <p>6. e 7. In merito alle CdC e agli OdC, già definiti per i quali sono state previste nuove costruzioni e ristrutturazioni, si specifica quanto segue: C.s. Bolzano (CdC-OdC inizio lavori a febbraio 2025, Laives: fine lavori 12/2025, Egna lavori iniziano non prima di giugno C.s. Merano (CdC-OdC): sono iniziati i lavori l'impresa dovrebbe finire tra gennaio-marzo 2026, Naturno i lavori sono terminati. C.s Bressanone: terminati i lavori, fase di predisposizione interni e elettromedicali, Chiusa finito i lavori. C.s Brunico: fine lavori previsti per dicembre 2025, operatività marzo 2026, S.Candido hanno terminato i lavori</p>

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
					<p>1.Die Kartierung der Tätigkeiten und die damit verbundene Übertragung der Tätigkeiten sind Bestandteil des (Dreijähriger Tätigkeitsplan) PWT, das derzeit in den jeweiligen Gesundheitsämtern erarbeitet wird. Im Februar 2025 wird dies von der Sanitätsdirektion beschlossen.</p> <p>2. Die integrierten klinischen Pfade, welche die Übertragung von Tätigkeiten vom Krankenhaus auf das Territorium (Diabetes, Augenheilkunde, Dermatologie) vorsehen, sind im PWT (Dreijahres-Aktivitätsplan) angeführt; diese unterliegt daher der Tätigkeit des Bezirksausschusses. Im Jahr 2024 wurde mit den Fachärzten der Krankenhäuser Kontakt aufgenommen, um die Übertragung der Tätigkeiten auf der Grundlage der Anzahl der chronischen Patienten, die von den PDTA-Pfaden abgedeckt werden, zu vereinbaren. Was die Bezirk betrifft, so ist die Verlegungsplanung abgeschlossen und im PWT organisiert. Die Umsetzung wird erfolgen, sobald die Gemeinschaftskrankenhäuser in Betrieb sind.</p> <p>3.Die Umsetzung der familienzentrierten Pflege in weiteren Gesundheitssprengeln erfolgt laut der betrieblichen Planung und weitere Gesundheitssprengel haben mit der Implementierung der familienzentrierten Pflege begonnen. Die Planung zur Implementierung der Familienzentrierten Pflege für das Jahr 2025 ist abgeschlossen und bezieht die letzten 4 Gesundheitssprengel (Hochpustertal, Salten- Samtal- Ritten, Lana, Don Bosco – Europa) mit ein. Der familienzentrierte Ansatz wird zudem weiter ausgebaut: die ersten 4 Gesundheitssprengel sind mit der Umsetzung der familienzentrierten präventiven Hausbesuche gestartet (Passeier, Unterland, Bruneck und Klausen)</p> <p>4.Die therapeutischen UCCP-Diagnosewege, die in PAB erarbeitet wurden, sind 4: Diabetes, Herzinsuffizienz, COPD, Rheumatoide Arthritis (chronische Erkrankungen, die am häufigsten in PAB festgestellt werden). Diese Wege wurden von der Landesregierung beschlossen DPG 366 14/05/24 Der geschätzte zusätzliche Bedarf wurde in Bezug auf das veröffentlichte Dokument von den Technischen Pflegedirektoren geändert, die die Slots für jeden ambulanten Zugang zu den Versorgungsaktivitäten definiert haben, daraus ergibt sich ein quantifizierter Versorgungsbedarf basierend auf der Anzahl der chronischen Patienten In jedem Gesundheitsbezirk wurden die therapeutischen Diagnosewege (PDTA) definiert, die als erste beginnen müssen.</p> <p>Der PDTAR für Parkinson ist abgeschlossen; die Übersetzung des PDTA für ALS hat begonnen. Für den PDTAR für Parkinson wurde eine Arbeitsgruppe eingerichtet, um dessen Umsetzung zu verfolgen, und die ersten Schritte wurden identifiziert und eingeleitet. Ein Verbreitungs- und Umsetzungsplan ist auch für den PDTA für ALS vorgesehen.</p> <p>5.Bezüglich der Zahl von über 65-Jährigen Patienten, die in der integrierten häuslichen Pflege betreut werden sollen, wird darauf hingewiesen, dass zu der in der nachstehenden Tabelle angegebenen Zahl der Pflegebedürftigen die Patienten hinzugerechnet werden müssen, die bis Dezember 2024 betreut wurden, da die Umsetzung des Flusses, d.h. die Daten bis März 2025 an das Ministerium übermittelt werden können. Zum 31.12.2024 sind 10.724 Patienten > 65 Jahre in Behandlung. Das Ziel war 10.191 Patienten.</p> <p>Es ist in beiden Dokumenten die Aktivierung des ADI für Patienten, die es benötigen, vorgesehen und enthalten. Voraussichtlich wird eine Zunahme der ADI-Betreuung erfolgen, sobald beide Dokumente angenommen und umgesetzt werden.</p> <p>6.und 7. Bezüglich die Gemeinschaftshäuser und der Gemeinschaftskrankenhäuser welche bereits, als neue Gebäude und Renovierungen definiert wurden, sind bereits geplant: GB Bozen GH-GKH Arbeitsbeginn Februar 2025, Leifers: Arbeitsende 12/2025, Neumarkt Arbeitsbeginn frühestens im Juni GB Meran (GH-GKH): Arbeiten haben begonnen, Fertigstellung voraussichtlich Januar-März 2026, Naturns Arbeiten abgeschlossenGB Brixen: Arbeiten abgeschlossen, Innenausbau- und Elektroinstallationsphase, Arbeiten in Klausen abgeschlossen GB Bruneck: Abschluss der Arbeiten für Dezember 2025 geplant, Betrieb im März 2026, Arbeiten in Innichen abgeschlossen</p>
109		<p>A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti</p> <p>Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen</p>	<p>DIPARTIMENTO</p> <p>È elaborato un organigramma funzionale di tutti i Servizi e Reparti di Riabilitazione dell'area di Riabilitazione per adulti e dell'età evolutiva a livello aziendale come fondamento per analisi dati, pianificazione delle risorse umane e altre misure strategiche. Dall'Organigramma risultano le Strutture e responsabili (Primari e coordinatori) oltre che la pianta organica. Le strutture identificate vengono messe in relazione dal p.d.v. funzionale.</p> <p>Es wird ein funktionelles Organigramm für alle Rehabilitationsdienste und Abteilungen im Erwachsenen und Kinder-Jugendbereich des Südtiroler Sanitätsbetrieb erstellt, welches für die weitere Strategische Ausrichtung, Datenanalyse, Personalplanung als Grundlage dienen sollte. Daraus resultieren die vorhandenen Strukturen, die zuständigen Vorgesetzten (Primare, Koordinatoren) und die vorhandenen</p>	<p>1. Viene elaborato un Organigramma funzionale dei Servizi di Riabilitazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (per tutti i 4 comprensori e su livello aziendale e dipartimentale).</p> <p>2. L'organigramma é stato implementato sulla pagina web di SABES, consultabile in modo semplice per l'utente.</p> <p>1. Für das Department liegt ein detailliertes funktionelles Organigramm der Rehabilitationsdienste im Südtiroler Sanitätsbetriebes vor (aller vier Gesundheitsbezirke und bezirksübergreifend auf Department Ebene).</p> <p>2. Auf der Website des SABES ist das Organigramm der Rehabilitationsdienste des Südtiroler Sanitätsbetriebes in einfacher Form für die Bevölkerung veröffentlicht.</p>	<p>1. Viene elaborato un Organigramma funzionale dei Servizi di Riabilitazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (per tutti i 4 comprensori e su livello aziendale e dipartimentale): In collaborazione tra Dipartimento di Riabilitazione e la Direzione Infermieristica del Comprensorio di Brunico l'organigramma funzionale é stato redatto e condiviso con la Direzione Infermieristica Aziendale, e quindi è stata inviata alla Ripartizione Controlling.</p> <p>2. L'organigramma é stato inviato alla Ripartizione Comunicazione per essere implementato sulla pagina web di SABES.</p> <p>1. Für das Department liegt ein detailliertes funktionelles Organigramm der Rehabilitationsdienste im Südtiroler Sanitätsbetriebes vor (aller vier Gesundheitsbezirke und bezirksübergreifend auf Department Ebene): Das funktionelle Organigramm wurde in Zusammenarbeit zwischen dem Rehabilitationsdepartement und der Pflegedirektion des GB Bruneck erstellt, mit der Betrieblichen Pflegedirektion geteilt, und schließlich an die Abteilung Controlling gesendet.</p> <p>2. Das Organigramm der Rehabilitationsdienste wurde an die Abteilung Kommunikation gesendet, um auf der Webseite des Südtiroler Sanitätsbetriebes veröffentlicht zu werden.</p>
112	B.2.1	<p>B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa</p> <p>Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten</p>	<p>Sostanziale miglioramento della performance aziendale risultante dagli indicatori del sistema di garanzia dei LEA (Livelli essenziali di assistenza)</p> <p>Erhebliche Verbesserung der Betriebsleistung anhand der Indikatoren des Garantiesystems der WBS (Wesentliche Betreuungsstandards)</p>	<p>BSC 2024:</p> <p><i>1. La performance aziendale è migliorata rispetto all'anno precedente (2022): l'area di prevenzione ha raggiunto il punteggio di >60 e sono migliorati gli indicatori deficitari delle aree distrettuale e ospedaliera</i></p> <p><i>1. Die Betriebsleistung hat sich im Vergleich zum Vorjahr (2022) verbessert: Der Präventionsbereich hat einen Wert von >60 erreicht und die Defizitindikatoren im Bezirks- und Krankenhausbereich haben sich verbessert</i></p> <p>OBIETTIVO RINEGOZIATO:</p> <p>1. La performance aziendale 2024 è migliorata rispetto all'anno precedente (2022): l'area di prevenzione ha raggiunto il punteggio di >60 e sono migliorati gli indicatori deficitari delle aree distrettuale e ospedaliera;</p> <p>1. Die Betriebsleistung 2024 hat sich im Vergleich zum Vorjahr (2022) verbessert: Der Präventionsbereich hat einen Wert von >60 erreicht und die defizitären Indikatoren der Bezirks- und Krankenhausbereiche haben sich verbessert</p> <p>1. Miglioramento indicatori di performance aziendale per l'area della prevenzione con punteggio >60% e miglioramento degli indicatori deficitari per l'area distrettuale-e area ospedaliera-</p> <p>1. Verbesserung der betrieblichen Leistungsindikatoren für den Präventionsbereich mit einem Score >60% und Verbesserung der Defizitindikatoren des territoriums und des Krankenhausbereichs-</p>	<p>1. La performance complessiva non è ancora disponibile e i valori sono in larga parte stimati. I dati forniti dall'Osservatorio Salute indicano per il 2023 per l'area prevenzione un miglioramento al 58,76% (precedente 54,14%). Per l'Area distrettuale miglioramento dal 77,03 all'81.85, per l'area ospedaliera un peggioramento dal 75,23 al 61,83 con dati tuttavia parziali e non ancora disponibili per l'anno 2024.</p> <p>1. Die Gesamtleistung ist noch nicht verfügbar und die Werte sind größtenteils geschätzt. Die Daten des Gesundheitsobservatoriums deuten für das Jahr 2023 im Bereich Prävention auf eine Verbesserung auf 58,76 Prozent (bisher 54,14 Prozent) hin. Für den Bereich Sprengel Verbesserung von 77,03 auf 81,85, für den Krankenhausbereich Verschlechterung von 75,23 auf 61,83 mit Teildaten und noch nicht verfügbar für das Jahr 2024.</p>

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
127	C.4.3	C Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale, Ricerca e Innovazione Entwicklung der Personalressourcen und der beruflichen Fortbildung	Implementazione condizioni preliminari e contrattuali riferite al personale ASDAA per la partenza del corso di medicine & surgery e rinforzo partecipazione ai bandi di ricerca in campo sanitario Schaffung von Voraussetzungen und Vertragsbedingungen für das SABES-Personal für den Beginn des Studiengangs Medizin und Chirurgie und Verstärkung der Teilnahme an Ausschreibungen zur medizinischen Forschung	BSC 2024: <i>L'ASDAA ha partecipato ad almeno 5 bandi di ricerca nazionale e internazionale SABES hat bei mindestens 5 nationalen Ausschreibungen im Bereich Forschung teilgenommen</i> OBIETTIVO NEUTRALIZZATO COME DA DELIBERAZIONE DELLA PAB NR. 1069 DEL 26.11.2024 1. Le Clinical Trial Units (CTU) dei 4 comprensori sanitari sono operative e consentono al personale dell'ASDAA di partecipare e/o condurre studi clinici in rete. 2. È stata individuata una persona che coordina le CTU e le è stato assegnato un ruolo appropriato, compreso un'alta specializzazione o un incarico di coordinamento. 3. Il grant service è stato istituito e i ricercatori dell'ASDAA possono ricevere supporto per l'acquisizione di finanziamenti di terzi. 1. Die Clinical Trial Units (CTU) der 4 Gesundheitsbezirke sind operativ und ermöglichen dem SABES-Personal die Teilnahme und/oder Durchführung von klinischen Studien in Netzwerken. 2. Eine Person zur Koordination der CTUs wurde identifiziert und ihr wurde eine entsprechende Rolle zugewiesen inkl. hohe Spezialisierung oder Koordinierungsauftrag. 3. Der Grant-Service wurde eingerichtet und die Forschungstreibenden des SABES können Unterstützung für die Drittmittelakquise in Anspruch nehmen.	OBIETTIVO NEUTRALIZZATO COME DA DELIBERAZIONE DELLA PAB NR. 1069 DEL 26.11.2024
173	B.3.1 B.3.2	B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten	Miglioramento della distribuzione del farmaco nelle strutture pubbliche dell'Azienda Sanitaria (Ospedali e servizi territoriali) e nelle case per anziani. Verbesserung der Medikamentenverteilung in den öffentlichen Einrichtungen des Sanitätsbetriebes (Krankenhäuser und territoriale Dienste) und in den Seniorenwohnheimen.	BSC 2024: <i>1. E' elaborato un progetto finalizzato a gestire il farmaco anche in dose unitaria personalizzata per le strutture pubbliche ospedaliere e territoriali (distretti, case della comunità, ospedali di comunità). Il progetto prevede come opzione anche l'esenzione del servizio alle case per anziani. 2. E' elaborato un progetto pilota per la distribuzione del farmaco a pazienti in ADI anche attraverso le farmacie territoriali aperte al pubblico che preveda eventualmente sistemi automatizzati di distribuzione dei farmaci in monodose (farmacia dei servizi)</i> <i>1. Das Projekt, das die Verteilung von Arzneimitteln auch in personalisierten Einzeldosen ermöglicht, ist für öffentliche Krankenhäuser und territoriale Dienste (Sprengel, Gemeinschaftshäuser und Gemeinschaftskrankenhäuser) ausgearbeitet. Das Projekt soll als Option auch die Ausweitung des Dienstes für die Seniorenheime vorsehen. 2. Das Pilotprojekt für die Verteilung der Arzneimittel an ADI-Patienten auch durch öffentlich zugängliche Apotheken, das eventuell ein automatisiertes personalisiertes Einzeldosisverteilungssystem (Apotheke der Dienstleistungen) vorsieht, ist ausgearbeitet.</i>	1. Il progetto per la dose unitaria è stato sviluppato e condiviso con Direzione aziendale in data 12 giugno 2024, la quale ha dato un feedback positivo. 2. Il progetto pilota è stato elaborato e presentato il 27 febbraio 2024 alla Direzione aziendale. 1. Das Projekt zur unit dose wurde entwickelt und am 12. Juni 2024 der Betriebsdirektion vorgestellt, welche dieses positiv bewertet hat. 2. Das Pilotprojekt wurde ausgearbeitet und am 27. Februar 2024 der Betriebsdirektion vorgestellt.
176	C.4.1 C.4.2	C Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale, Ricerca e Innovazione Entwicklung der Personalressourcen und der beruflichen Fortbildung	Implementazione condizioni preliminari e contrattuali riferite al personale ASDAA per la partenza del corso di medicine & surgery e rinforzo partecipazione ai bandi di ricerca in campo sanitario. Schaffung von Voraussetzungen und Vertragsbedingungen für das SABES-Personal für den Beginn des Studiengangs Medizin und Chirurgie und Verstärkung der Teilnahme an Ausschreibungen zur medizinischen Forschung.	BSC 2024: <i>1. Il personale sanitario che opererà come docente o tutor risulta individuato almeno per l'anno accademico 2024/2025 2. Nei contratti di lavoro del personale sanitario, individuato come docente o tutor, risultano specificati oneri e doveri (ore da dedicare oltre all'assistenza anche all'insegnamento / tutoraggio).</i> <i>1. Das Gesundheitspersonal, welches als Lehrer oder Tutor arbeitet, wurde schon ermittelt, mindestens für das Jahr 2024/2025 2. In den Arbeitsverträgen des Gesundheitspersonals, das als Lehrer oder Tutor bezeichnet wird, werden Aufgaben und Pflichten festgelegt (Stunden, die für den Unterricht/Tutor sowie für die Betreuung aufgewendet werden müssen).</i> 1a. ASDAA mantiene un elenco del proprio personale che ha i requisiti per un professorato presso la Cattolica e lo mette a disposizione della Cattolica. 1b. ASDAA ha istituito una "Teaching Faculty" che gestisce il tutoraggio in Azienda e si occupa della formazione adeguata. Nell'ambito di questo progetto, deve essere ridefinito anche il ruolo dei tutor. 2. Nei contratti di lavoro del personale sanitario, individuato come docente o tutor, risultano specificati oneri e doveri (ore da dedicare oltre all'assistenza anche all'insegnamento / tutoraggio). 1a. SABES führt eine Liste des eigenen Personals, welche die Voraussetzungen für eine Professur an der Cattolica haben und stellt diese der Cattolica zur Verfügung. 1b. SABES hat eine Teaching Faculty ins Leben gerufen, welche das Tutorship im betrieb organisiert und für die entsprechenden Fortbildungen sorgt. Im Rahmen dieses Projektes muss auch die Rolle der Tutoren neu definiert werden. 2. In den Arbeitsverträgen des Gesundheitspersonals, das als Lehrer oder Tutor bezeichnet wird, werden Aufgaben und Pflichten festgelegt (Stunden, die für den Unterricht/Tutor sowie für die Betreuung aufgewendet werden müssen).	1a: L'IRTS - Innovation, Reserach and Teaching Service - ha redatto un elenco del personale medico con abilitazione italiana "Abilitazione Scientifica Nazionale" e ha predisposto la possibilità di informare l'IRTS tramite un modulo online se qualcuno dovesse ottenere l'ASN (https://forms.office.com/e/rPBdBdF8B6). 1b: la Teaching Faculty con una descrizione del ruolo del tutor è stata approvata dalla Direzione e si sono tenuti i primi corsi di base per il tutoraggio. Ulteriori edizioni sono già previste per il 2025. 2. E' stato predisposto l'atto di conferimento dell'incarico di tutor. Nell'atto che sarà sottoscritto dal datore di lavoro e dal tutor sono indicati diritti e doveri. Il testo è stato discusso con i responsabili della Cattolica ed il contenuto è stato avallato. 1a: Der IRTS - Innovation, Reserach and Teaching Service - hat eine Liste der ärztlichen MitarbeiterInnen mit italienischer Habilitation "Abilitazione Scientifica Nazionale" erstellt und im Intranet die Möglichkeit eingerichtet, dem IRTS mittels Onlineformular mitzuteilen, falls jemand die ASN erlangt (https://forms.office.com/e/rPBdBdF8B6). 1b: Die Teaching Faculty mit Beschreibung der Tutorrolle wurde von der Direktion beschlossen und die ersten Basiskurse für das Tutorship wurden durchgeführt. Weitere Editionen für 2025 sind bereits vorgesehen. 2. Die Maßnahme zur Beauftragung der Tutoren wurde vorbereitet. In dieser Maßnahme, welche vom Arbeitgeber und vom Tutor zu unterzeichnen ist, werden Rechte und Pflichten festgelegt. Der Text wurde mit den Verantwortlichen der Universität Cattolica erörtert und der Inhalt ist befürwortet worden.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
180	A.1.2	A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	FVCO Predisposizione di un protocollo aziendale sulla riduzione del danno nei servizi per le dipendenze, attraverso l'istituzione di un tavolo di lavoro Ausarbeitung eines Protokolls auf Betriebsebene zur Reduzierung von Schäden in der Betreuung von Suchterkrankungen durch die Einrichtung eines Arbeitstisches	BSC 2024: <i>Predisposto e approvato il protocollo aziendale per la riduzione del danno.</i> <i>Vorbereitung und Genehmigung des Betriebsprotokolls für die Schadensbegrenzung</i> 1) il tavolo di lavoro viene creato ed ha effettuato il 1° incontro 2) È stata creata una bozza di protocollo aziendale sulla riduzione del danno 3) viene condiviso e approvato il protocollo aziendale definitivo sulla riduzione del danno 1) Einrichtung der Arbeitsgruppe 2) Ein Entwurf für ein einheitliches Betriebsprotokoll zur Schadensbegrenzung wurde erstellt 3) das endgültige Betriebsprotokoll zur Schadensbegrenzung-* wird geteilt und genehmigt	A seguito di chiarimento con l'Ufficio Provinciale di pertinenza, in merito alle aspettative della richiesta formulata nell'obiettivo, è stato elaborato un documento contenente: 1. il concetto di riduzione del danno associato all'uso di sostanze 2. la rilevazione le attività svolte nei vari comprensori e i progetti attivi. 3. Progetto SerD per la riduzione del danno presso il Binario 7 di Bolzano 4. Progetto di formazione sulla Riduzione del Danno, Best Practices e Innovazioni È visionabile il documento "Riduzione del danno-Concetto e attività legate alla riduzione del danno associato all'uso di sostanze-Progetto SerD per la Riduzione del Danno presso il Binario 7 di Bolzano e progetto formativo" Nach der Abklärung mit dem zuständigen Landesamt hinsichtlich der Erwartungen an den im Ziel formulierten Antrag wurde ein Dokument erstellt, das Folgendes enthält: 1. das Konzept der Schadensminderung im Zusammenhang mit Substanzkonsum 2. die Übersicht über die in den einzelnen Bezirken durchgeführten Aktivitäten und die aktiven Projekte. 3. DfA-Projekt zur Schadensminderung am Bahngleis 7 in Bozen 4. Schulungsprojekt zu Schadensminderung, Best Practices und Innovationen Das Dokument „Schadensminderung – Konzept und Aktivitäten zur Reduzierung von Schäden im Zusammenhang mit Substanzkonsum – SerD-Projekt zur Schadensminderung am Bahngleis 7 in Bozen und Schulungsprojekt" ist einsehbar.
185	C.2	C Sviluppare le risorse e il patrimonio professionale, Ricerca e Innovazione Entwicklung der Personalressourcen und der beruflichen Fortbildung	Affinamento del modello e aggiornamento del fabbisogno triennale del personale Weiterentwicklung des Modells und Aktualisierung des dreijährigen Personalbedarfs	BSC 2024: <i>È aggiornato il fabbisogno del personale per il triennio 2025-2027, strutturato in conformità alle disposizioni nazionali e al PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione)</i> <i>Der Personalbedarf für den Dreijahreszeitraum 2025-2027, der gemäß den nationalen Bestimmungen und dem PIAO (Integrierter Tätigkeits- und Organisationsplan) strukturiert ist, wird aktualisiert</i>	Il fabbisogno del personale per il triennio 2025-2027 è aggiornato, strutturato in conformità alle disposizioni nazionali e al PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione) Der Personalbedarf für den Dreijahreszeitraum 2025-2027, der gemäß den nationalen Bestimmungen und dem PIAO (Integrierter Tätigkeits- und Organisationsplan) strukturiert ist, ist aktualisiert
187	D.3.1 D.3.2 D.3.3 D.3.4	D Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo Optimierung der Führung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle	Aggiornamento tempestivo dei piani operativi emergenziali, coerenza degli interventi effettuati con i piani, correttezza e coerenza della rendicontazione delle spese/costi, complete e tempestive relazioni di valutazione ed esito quando richieste a livello statale o provinciale Rechtzeitige Aktualisierung der Notfalleinsatzpläne, Übereinstimmung der durchgeführten Einsätze mit den Plänen, Richtigkeit und Kohärenz der Ausgaben-/Kostenmeldung, vollständige und rechtzeitige Evaluierungs- und Ergebnisberichte, wenn sie auf Staats- oder Landesebene verlangt werden	BSC 2024: <i>1. L'aggiornamento dei piani operativi emergenziali e di tutti gli interventi è tempestivo, gli interventi effettuati sono coerenti con i piani.</i> <i>2. La rendicontazione delle spese è puntuale e avviene tramite appositi centri di costo e con le ulteriori modalità di tipo contabile indicate a livello nazionale e provinciale e da quelle individuate dall'ASDAA. In particolare rendicontazione puntuale delle spese sostenute nelle varie linee di intervento approvate dal Ministero della Salute. (PNRR, Modern. Rete Osp., PANFLU, altro)</i> <i>3. Le scadenze per l'invio di bilanci, documenti di programmazione, piani di produzione, relazioni di performance sono rispettate.</i> <i>4. Sono prodotte le relazioni richieste a livello statale e provinciale, in forma esaustiva, corretta e dettagliata.</i> <i>1. Aktualisierung der Notfalleinsatzpläne und aller Maßnahmen erfolgt rechtzeitig, die durchgeführten Maßnahmen stimmen mit den Plänen überein</i> <i>2. Die Berichterstattung über die Ausgaben ist fristgerecht und erfolgt über spezifische Kostenstellen und mit den zusätzlichen Buchhaltungsmethoden, die auf nationaler und Landesebene sowie vom SABES festgelegt wurden. Insbesondere erfolgt eine pünktliche Meldung der Ausgaben für die verschiedenen vom Gesundheitsministerium genehmigten Maßnahmenbereiche (PNRR, Modern. K.H.-Netz, PANFLU, andere)</i> <i>3. Einhaltung der Fristen für die Vorlage von Haushalten, Programmplanungsunterlagen, Performance-Berichten und Produktionsplänen</i> <i>4. Die auf staatlicher und Landesebene verlangten Berichte werden in vollständiger, korrekter und detaillierter Form erstellt.</i>	1. Il Piano pandemico provinciale PANFLU è stato prorogato con Delibera Provinciale nelle more del Nuovo Piano Pandemico Nazionale, atteso per il 2025. Il Piano è stato completato in ogni sua parte, salvo alcuni aspetti che necessitano ulteriore elaborazione anche nel 2025 e che confluiranno nel nuovo documento. È stato aggiornato anche il Piano Ebola che è stato ampliato, comprendendo tutte le patologie infettive ad alto impatto per la Sanità Pubblica (High Public Health Impact). Entrambi i Piani sono armonizzati con il KAT-Plan e tra di loro. Sono state prodotte tutte le relazioni richieste. Piani di Emergenza Il piano CAT ASDAA (vedi allegato) è stato finalizzato entro il 2024, in conformità con i requisiti di Accreditation Canada. Attualmente è in attesa di approvazione da parte della Direzione aziendale. A dicembre, la versione finale è stata presentata ai referenti degli ospedali e dei compressori sanitari (direzione, servizi tecnici, medicina d'emergenza) e il loro ruolo attivo è stato definito in dettaglio. Il piano CAT ASDAA integra tutti i piani di emergenza degli ospedali e dei compressori sanitari dell'ASDAA per le varie situazioni di minaccia possibili, coordina i preparativi necessari e le opzioni di risposta nella rete di ospedali, nonché il coordinamento con le organizzazioni partner in caso di emergenza. Il piano CAT ASDAA è stato sviluppato in stretto coordinamento con il piano di Protezione Civile provinciale, che comprende anche il sistema di allerta Nowtice (sistema di allerta di massa) dell'Agenzia per la Protezione Civile, che in futuro sarà disponibile anche per le allerte CAT nell'ASDAA tramite la Centrale di Emergenza Provinciale. 2. Con riferimento ai progetti PNRR, la Ripartizione Finanze, su richiesta dei diversi RUP o relativi collaboratori, ha fornito tempestivamente fatture, mandati di pagamento quietanzati, verifiche di non inadempimento, dichiarazioni di versamento dell'Iva Split Payment/ritenute e certificazioni di assenza doppio finanziamento. Tale documentazione, assieme all'ulteriore richiesta dal Ministero, è stata caricata in REGIS direttamente dai RUP, essendo la rendicontazione dei progetti PNRR in capo ad essi. Per la rendicontazione alla PAB degli acquisti finanziati con cofinanziamenti provinciali, è stata rispettata la tempistica prevista, anche se, verosimilmente, dovrà essere replicata, utilizzando una nuova modulistica a noi, solo recentemente, pervenuta. Per quanto riguarda la modernizzazione della rete ospedaliera, con il passaggio di competenza dal Min. della Difesa a quello della Salute, è stata azzerata la prima rendicontazione resa dalla Rip. Finanze al Min. della Difesa. Tale rendicontazione non è di competenza dell'Azienda sanitaria ma della PAB. La Ripartizione Finanze, nel corso del 2024, ha fatto da tramite tra Azienda e PAB, raccogliendo dai diversi RUP l'ulteriore documentazione richiesta dal Ministero della Salute e fornendola alla PAB, che l'ha depositata nella piattaforma ministeriale. Gli acquisti per investimenti effettuati nel 2024, per la maggior parte, sono stati già rendicontati alla PAB. Gli ultimi rendiconti relativi al 2024 verranno, comunque, presentati alla PAB entro il 31 gennaio. Per quanto concerne le assegnazioni di parte corrente, sono già in corso le richieste dei costi sostenuti ai diversi referenti, che verranno rendicontati dalla Ripartizione Finanze alla PAB nel termine previsto del 28.02.2025. 3. Le tempistiche dei bilanci sono notevolmente migliorate rispetto all'esercizio precedente anche se le scadenze non possono essere ancora pienamente rispettate. Gli uffici della Ripartizione Finanze hanno predisposto quanto di loro competenza in tempi rapidi, ma purtroppo i dati vengono ricevuti con ritardo e richiedono controlli e spesso riconciliazioni. Il bilancio preventivo 2025 è stato approvato dalla Giunta Provinciale nel rispetto dei tempi previsti. La scadenza della relazione di performance2024 è stata rispettata. Il Programma operativo 2025 è stato approvato nei tempi previsti includendo il piano di produzione. Il PIAO 2025 è stato approvato con un mese di anticipo rispetto alla scadenza definita.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
					<p>4. Le relazioni al preventivo, ai bilanci trimestrali e al bilancio d'esercizio 2024 sono stati predisposti.</p> <p>1.Der pandemische Landesplan PANFLU wurde durch einen Landesbeschluss bis zur Veröffentlichung des neuen nationalen Pandemieplans, der für 2025 erwartet wird, verlängert. Der Plan wurde vollständig fertiggestellt, mit Ausnahme einiger Aspekte, die auch im Jahr 2025 einer weiteren Ausarbeitung bedürfen und die in das neue Dokument einfließen werden. Der Ebola-Plan wurde ebenfalls aktualisiert und erweitert. Dieser umfasst nun alle Infektionskrankheiten mit erheblichen Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit (High Public Health Impact). Beide Pläne sind mit dem KAT-Plan und untereinander abgestimmt. Alle erforderlichen Berichte wurden erstellt.</p> <p>Notfalleinsatzpläne Der KAT-Plan SABES (s. Anlage) konnte innerhalb 2024, in Anlehnung an die Vorgaben von Accreditation Canada, fertiggestellt werden und liegt nun in der Betriebsdirektion zur Genehmigung auf. Im Dezember wurde die finale Version den Vertretern der Krankenhäuser und Gesundheitsbezirke (Direktion, Technik, Notfallmedizin) präsentiert und ihre aktive Rolle im Detail definiert.</p> <p>Der KAT-Plan SABES integriert sämtliche Notfallpläne der Krankenhäuser und Gesundheitsbezirke im Südtiroler Sanitätsbetrieb zu den diversen möglichen Bedrohungslagen, koordiniert die nötigen Vorbereitungen und Reaktionsmöglichkeiten im Netzwerk der Krankenhäuser, sowie die Abstimmung mit den Partnerorganisationen im Ernstfall. Der KAT-Plan SABES wurde in enger Abstimmung mit dem Landeszivilschutzplan entwickelt, der auch das Alarmierungssystem Nowtice (mass alerting system) der Agentur für Bevölkerungsschutz beinhaltet, das künftig über die Landesnotrufzentrale auch für KAT-Alarmierungen im Südtiroler Sanitätsbetrieb zur Verfügung steht.</p> <p>2. In Bezug auf die PNRR-Projekte hat die Abt. Finanzen auf Anfrage der verschiedenen RUP oder deren Mitarbeiter umgehend Rechnungen, quittierte Zahlungsaufträge, Überprüfungen der Nichterfüllung, Erklärungen zur Mehrwertsteuer-Splitzahlung / zu Vorsteuer und Bescheinigungen über die Nicht-Doppelfinanzierung bereitgestellt. Diese Dokumentation wurde zusammen mit den weiteren vom Ministerium angeforderten Unterlagen von den RUP direkt in REGIS hochgeladen, da die Rechnungslegung der PNRR-Projekte in deren Verantwortungsbereich liegt.</p> <p>Für die Rechnungslegung an die PAB der mit Zusatz-Finanzierungen der PAB finanzierten Käufe wurde der Zeitplan eingehalten, auch wenn sie vermutlich mit einer neuen, erst kürzlich erhaltenen Dokumentation wiederholt werden muss.</p> <p>Im Hinblick auf die Modernisierung des Krankenhausnetzes wurde mit dem Übergang der Zuständigkeit vom Verteidigungsministerium zum Gesundheitsministerium die erste Rechnungslegung, die von der Finanzabteilung an das Verteidigungsministerium übermittelt wurde, zurückgesetzt. Diese Rechnungslegung fällt nicht in die Zuständigkeit des Sanitätsbetriebes, sondern der PAB. Die Finanzabteilung fungierte im Jahr 2024 als Vermittler zwischen dem Sanitätsbetrieb und der PAB, sammelte die verschiedenen von den RUP angeforderten zusätzlichen Unterlagen des Gesundheitsministeriums und übermittelte diese an die PAB, die sie auf der Ministeriumsplattform hochlud.</p> <p>Die im Jahr 2024 getätigten Investitionskäufe wurden größtenteils bereits an die PAB gemeldet. Die letzten Berichte für 2024 werden jedenfalls bis zum 31. Januar an die PAB übermittelt.</p> <p>Was die Zuweisungen für den laufenden Teil betrifft, so sind bereits die Anfragen der verschiedenen Ansprechpartner für die entstandenen Kosten im Gange, die von der Finanzabteilung bis zum festgelegten Termin am 28.02.2025 an die PAB übermittelt werden.</p>
					<p>3. Die Zeiten für die Genehmigung der Bilanzen haben sich im Vergleich zum Vorjahr erheblich verbessert, auch wenn die Fristen noch nicht vollständig eingehalten werden können. Die Büros der Finanzabteilung haben ihre Zuständigkeiten zügig erfüllt, aber die Daten werden leider verspätet erhalten und erfordern Überprüfungen und häufige Abstimmungen. Der Haushaltsvoranschlag 2025 wurde von der Provinzialregierung termingerecht genehmigt. Die Fristen für den Performancebericht 2024 sind eingehalten worden. Das Jahrestätigkeitsprogramm 2025 samt Produktionsplan ist innerhalb der vorgesehenen Frist beschlossen worden.</p> <p>Der PIAO 2025 ist einen Monat vor der vorgesehenen Frist verabschiedet worden.</p> <p>4. Die Berichte zum Haushaltsplan, den Quartalsabschlüssen und dem Jahresabschluss 2024 wurden erstellt.</p>

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
188	D.5.1 D.5.2 D.5.3 D.5.4	D Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo Optimierung der Führung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle	Tempestività e completezza nell'elaborazione del fabbisogno e dei contratti con i soggetti privati accreditati. Affinamento del modello di controllo qualità, esiti per le strutture pubbliche e private. Pünktlichkeit und Vollständigkeit bei der Ausarbeitung von Anforderungen und Verträgen mit akkreditierten privaten Einrichtungen. Verfeinerung des Modells der Qualitätskontrolle, Ergebnisse für öffentliche und private Einrichtungen.	BSC 2024: <i>1. Tempestiva e completa elaborazione del fabbisogno e dei contratti con i soggetti privati accreditati</i> <i>2. La rendicontazione per la spesa delle strutture private convenzionate è tempestiva: sono rispettate le scadenze fissate dalla delibera della GP e dal report concordato con l'Azienda</i> <i>3. Nr indicatori di qualità ed esito predisposti e monitorati presso le strutture pubbliche e private convenzionate col SSP (Servizio Sanitario Provinciale)</i> <i>4. Nr e relazione rilievi effettuati, criticità emerse. Invio della relazione esiti e misure correttive alla Ripartizione salute entro il 30 aprile di ogni anno per l'anno precedente.</i> <i>1. Fristgerechte und vollständige Bearbeitung von Anforderungen und Verträgen mit den akkreditierten privaten Einrichtungen</i> <i>2. Die Berichterstattung über die Ausgaben der akkreditierten privaten Einrichtungen erfolgt pünktlich: die durch den Beschluss der LR und den mit dem Sanitätsbetrieb vereinbarten Bericht gesetzten Fristen werden eingehalten</i> <i>3. Anzahl der Qualitäts- und Ergebnisindikatoren, die in den öffentlichen und privaten Einrichtungen, die dem LGD (Landesgesundheitsdienst)vertragsgebunden sind, erstellt und überwacht werden</i> <i>4. Anzahl und Bericht der durchgeführten Messungen, aufgetretene Kritikpunkte. Übermittlung des Berichts über die Ergebnisse und Korrekturmaßnahmen an die Abteilung Gesundheit bis zum 30. April eines jeden Jahres für das vorherige Jahr.</i>	1. Con Delibera del Direttore Generale n. 1268 d.d. 03.12.2024 è stato approvato il piano del fabbisogno 2025-2027 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate a livello provinciale sui tempi di attesa. Inoltre con Delibera del Direttore Generale n.1368 d.d. 17.12.2024 è stato approvato il fabbisogno di prestazioni da esternalizzare per l'anno 2025. Ogni qualvolta che è stato segnalato un aumento eccessivo delle liste d’attesa nell’ambito delle prestazioni monitorate e convenzionate o non convenzionate da parte del CUPP, gli accordi vigenti sono stati prontamente integrati con volumi aggiuntivi di prestazioni o si è prontamente avviato il procedimento per assegnare nuove prestazioni tenendo conto del bilancio. 2. La rendicontazione per la spesa delle strutture private convenzionate è tempestiva: sono rispettate le scadenze fissate dalla delibera della Giunta Provinciale e dal report concordato con l'Azienda La tempistica della rendicontazione delle prestazioni erogate dipende da quando le strutture consegnano le impegnative ed inviano il flusso. Di conseguenza le scadenze fissate della Giunta Provinciale sono state rispettate per quanto riguarda il report di metà anno. Non è stato possibile rispettare quella relativa al 30.10.2024, poiché, si è dovuto attendere l’introduzione dei nuovi LEA, posticipata più volte e che infine è avvenuta con data 30.12.2024. È stata fatta comunque più volte la previsione suddivisa su macroaree e non per struttura. 3: e 4. Il gruppo NUVAS ha collaborato con l’ufficio che regola gli accordi contrattuali e la Ripartizione Salute della Provincia nel rispetto del DM 19.12.2022 che regola i rapporti contrattuali con le strutture. Il suddetto decreto regola e definisce nuovi indirizzi per la definizione degli accordi contrattuali con le strutture pubbliche e con i soggetti privati in relazione alle attività di controllo e monitoraggio delle attività erogate in termini di qualità, sicurezza, appropriatezza e trasparenza. Gli indicatori elaborati permettono di adempiere agli obblighi di legge per la stipula di contratto con strutture private in convenzione con la Azienda Sanitaria dell’Alto Adige. Gli indicatori elaborati sono stati presentati e discussi durante seduta dei componenti del gruppo NUVAS e validati dalla Direzione Sanitaria Aziendale. La relazione “Rilievi effettuati, criticità emerse” è stata predisposta
					1. Mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 1268 vom 03.12.2024 wurde der Bedarfsplan 2025-2027f für ambulante Facharzt-leistungen, die der landesweiten Überwachung der Wartezeiten unterliegen, genehmigt. Außerdem wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 1368 vom 17.12.2024 der Bedarfsplan der für das Jahr 2025 auszulagernden Gesundheitsleistungen genehmigt. Immer dann, wenn ein übermäßiger Anstieg der Wartelisten im Rahmen der überwachten und vom ELVS vereinbarten oder nicht vereinbarten Leistungen festgestellt wurde, wurden die Abkommen unverzüglich um zusätzliche Leistungsmengen ergänzt oder das Verfahren zur Vergabe neuer Leistungen wurde unter Berücksichtigung des Haushaltes eingeleitet. 2. Die Berichterstattung über die erbrachten Leistungen hängt zeitlich davon ab, wann die Einrichtungen die Verschreibungen abgeben und den Datenfluss übermitteln. Die von der LR gesetzten Fristen wurden in Bezug auf den Halbjahresbericht eingehalten. In Bezug auf die Frist 30.10.2024 konnte sie nicht eingehalten werden, da die Einführung der neuen WBS noch ausstand, deren Einführung mehrmals verschoben wurde und die schließlich am 30.12.2024 stattfand. Der Kostenvoranschlag wurde jedoch mehrmals nach Makrobereichen und nicht nach Einrichtungen ausgearbeitet. 3) und 4) Das NUVAS-Team arbeitete mit dem Amt für Vertragsabkommen und der Abteilung Gesundheit der Landesverwaltung zusammen, um das Ministerialdekret vom 19.12.2022 zu erfüllen, der die vertraglichen Beziehungen mit den Einrichtungen regelt. Das genannte Dekret regelt und definiert neue Richtlinien für die Festlegung von vertraglichen Vereinbarungen mit öffentlichen Einrichtungen und privaten Trägern in Bezug auf die Kontrolle und Überwachung der erbrachten Leistungen in Bezug auf Qualität, Sicherheit, Angemessenheit und Transparenz. Die erarbeiteten Indikatoren ermöglichen es, die gesetzlichen Verpflichtungen für die Ausgestaltung von Verträgen mit privaten Einrichtungen in Abstimmung mit dem Südtiroler Sanitätsbetrieb zu erfüllen. Die erarbeiteten Indikatoren wurden in der Sitzung der Mitglieder der NUVAS-Gruppe vorgestellt und diskutiert und von der Sanitätsdirektion validiert. Der Bericht „Durchgeführte Erhebungen, kritische Punkte“ wurde erstellt
189	E.6.1 E.6.2	E Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici e i sistemi di comunicazione. Entwicklung der Informationssysteme und der Informatik und Kommunikationssysteme	Rendere operativa la piattaforma di telemedicina sul territorio provinciale (Televisita, Teleconsulto oncologico, Telecontrollo e Teleconsulto dei dispositivi impiantabili in cardiologia, Teleassistenza, Telemonitoraggio dei pazienti diabetici) Inbetriebnahme der Plattform für Telemedizin auf Landesebene (Televisite, Telekonsultation in der Onkologie, Telekontrolle und Telekonsultation von implantierbaren Geräten in der Kardiologie, Telebetreuung, Telemonitoring von Diabetikern)	BSC 2024: <i>1. Entro dicembre 2024 è implementata l'infrastruttura secondo le indicazioni nazionali, la quale permette l'interoperabilità dei processi di scambio dei dati sanitari secondo un livello di integrazione sia di tipo orizzontale tra le strutture sia di tipo verticale, consentendo ai dati di poter confluire nel fascicolo sanitario elettronico</i> <i>2. Trattamento del 5% della popolazione ultrasessantacinquenne (>65) con iniziative di telemedicina (telemonitoraggio, televisita...).</i> <i>1. Bis Dezember 2024 wird die Infrastruktur entsprechend den nationalen Vorgaben umgesetzt, die die Interoperabilität der Prozesse zum Austausch von Gesundheitsdaten auf einem Niveau ermöglicht, das sowohl die horizontale Integration zwischen den Einrichtungen als auch die vertikale Integration ermöglicht, so dass die Daten in die elektronische Patientenakte eingebracht werden können</i> <i>2. Behandlung von 5% der über 65-jährigen Bevölkerung mit telemedizinischen Maßnahmen (Telemonitoring, Telemedizin...).</i>	1. L’infrastruttura provinciale di telemedicina è presente, funzionante e collaudata in tutte le sue componenti (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio) secondo le ultime indicazioni ministeriali. Si precisa che tale infrastruttura è utilizzata dalla struttura della Piattaforma Nazionale di Telemedicina per i test di interoperabilità su scala nazionale, come installazione pilota. 2. Tale obiettivo è stato realizzato solo parzialmente per una serie di motivi: <ul style="list-style-type: none">• Necessità di uniformarsi alle regole nazionali, che sono state variate in corso dell’anno• Necessità prevalente di dover soddisfare le esigenze rendicontative del PNRR, all’interno del quale sono nidificate le iniziative di telemedicina• Impossibilità di rendicontare prestazioni di telemedicina in soggetti fruanti prestazioni di Assistenza Domiciliare Integrata• Mancanza dell’impianto organizzativo a livello aziendale (percorsi organizzativi, logistici, realizzazione del richiesto Centro Servizi Telemedicina)• Mancanza di percorsi clinici definiti Sono comunque state soddisfatte le necessità rendicontative del PNRR con sottomissione del dato di 2650 pazienti richiesti entro dicembre 2024. 1. Die telemedizinische Infrastruktur auf Landesebene ist vorhanden, funktionsfähig und in allen ihren Komponenten (Televisite, Telekonsultation, Telemonitoring) nach den neuesten ministeriellen Angaben getestet. Es sei darauf hingewiesen, dass diese Infrastruktur von der Struktur der Nationalen Telemedizinplattform für Interoperabilitätstests auf nationaler Ebene als Pilotinstallation genutzt wird. 2. Dieses Ziel wurde aus mehreren Gründen nur teilweise erreicht: <ul style="list-style-type: none">• Einhaltung der nationalen Vorschriften, die im Laufe des Jahres geändert wurden• Die vorherrschende Notwendigkeit, den Meldeanforderungen des PNRR gerecht zu werden, in das Telemedizininitiativen eingebettet sind• Unmöglichkeit der Meldung telemedizinischer Leistungen bei Personen, die integrierte häusliche Pflegedienste in Anspruch nehmen• Fehlende Organisationsstruktur auf Betriebsebene (organisatorische und logistische Wege, Schaffung des erforderlichen Telemedicine Service Centers)• Fehlen definierter klinischer Signalwege Der Meldebedarf des PNRR wurde jedoch mit der Übermittlung der bis Dezember 2024 angeforderten Zahl von 2650 Patienten gedeckt
190	E.7	E Sviluppare i sistemi informativi e i supporti informatici e i sistemi di comunicazione. Entwicklung der Informationssysteme und der Informatik und Kommunikationssysteme	Attuare il piano di migrazione al Cloud finanziato con i fondi del PNRR. Attuare gli interventi definiti nella RoadMap della Cyber Security Umsetzung des mit PNRR-Mitteln finanzierten Plans zur Cloud-Migration. Umsetzung der im Roadmap für Cyber Security festgelegten Massnahmen	BSC 2024: <i>Sono avviati i progetti di migrazione al Cloud dei dati e dei servizi digitali e di adozione delle misure minime di sicurezza previste da ACN (Agenzia de la Cybersicurity Nazionale) nell'ambito degli interventi della missione 1 del PNRR.</i> <i>Die Projekte zur Migration von Daten und digitalen Diensten in die Cloud und zur Einführung von Mindestsicherheitsmaßnahmen, die von der ACN (Agenzia de la Cybersicurity Nazionale) im Rahmen der Maßnahmen der Mission 1 des PNRR vorgesehen sind, sind bereits im Gange</i>	Il piano di migrazione al cloud è stato avviato come intervento multimisura 1.2 della Missione 1 del PNRR. Sono state adottate le misure minime tecnologiche ed elaborate le procedure organizzative definite nella road map del piano aziendale per la cybersecurity. Der Cloud-Migrationsplan wurde als mehrstufige Intervention 1.2 der Mission 1 des PNRR gestartet. Die minimalen technologischen Maßnahmen wurden ergriffen und die im betrieblichen Cybersicherheitsplan definierten organisatorischen Verfahren wurden entwickelt.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
191	A.1.7	A Riqualficare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	PSINET Riduzione dei ricoveri ripetuti in ambito psichiatrico. Verringerung der wiederholten Einweisungen im Bereich der Psychiatrie.	BSC 2024: <i>Confronto e analisi dei fattori che possono avere un ruolo sull'eccesso di ricoveri ripetuti nei reparti psichiatrici, al fine dell'individuazione di misure condivise che portino alla riduzione delle riospedalizzazioni.</i> <i>Vergleich und Analyse der Faktoren, die bei der übermäßigen Zahl von wiederholten Einweisungen in psychiatrische Abteilungen eine Rolle spielen können, mit dem Ziel, gemeinsame Maßnahmen zu ermitteln, die zu einer Verringerung der wiederholten Einweisungen ins Krankenhaus führen.</i>	L'obiettivo è stato discusso con i responsabili di tutti i servizi psichiatrici. I dati attuali sono stati richiesti e forniti separatamente per distretto tramite l'Ufficio di statistica dell'amministrazione provinciale. È stata effettuata una visione preliminare e un'analisi dei dati per comprensorio. Per ogni comprensorio è stato stilato un elenco di pazienti con ricoveri ripetuti per il 2022 e il 2023 ed è stata effettuata un'analisi dei fattori clinici, sociali e organizzativi. Questi sono stati poi confrontati insieme per identificare fattori coerenti o ripetitivi. L'analisi dei dati sulle riammissioni entro 1-7 o 8-30 giorni non rivela un andamento coerente, ma un gran numero di fattori, alcuni dei quali di natura organizzativa e alcuni clinico/paziente-specifici, ma soprattutto evidenziano lacune assistenziali. Das Ziel wurde mit den Dienstleitern aller Psychiatrischen Dienste besprochen. Über das Amt für Statistik der Landesverwaltung wurden die aktuellen Daten getrennt nach Bezirken angefordert und geliefert. Es erfolgte eine vorläufige Sichtung und Analyse der Daten pro Bezirk. Pro Bezirk wurde eine Liste der Patienten mit wiederholten Aufnahmen für 2022 und 2023 erstellt und eine Analyse der klinischen, sozialen und organisatorischen Faktoren durchgeführt. Diese wurde dann gemeinsam abgeglichen, um durchgängige oder sich wiederholende Faktoren zu identifizieren. Die Analyse der Daten der Wiederaufnahmen innerhalb von 1 bis 7 bzw von 8 bis 30 Tagen lässt kein durchgängiges Muster erkennen, sondern eine Vielzahl von Faktoren, die zum Teil organisatorischer und zum Teil klinischer/patientenspezifischer Natur sind, aber doch vor allem Versorgungslücken aufzeigen.
192	A.1.8	A Riqualficare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	Riorganizzazione delle rete dei consultori familiari pubblici e privati. Neuorganisation des Netzes der öffentlichen und privaten Familienberatungsstellen.	BSC 2024: <i>E' organizzata la rete dei consultori familiari pubblici, progressiva implementazione.</i> <i>Neustrukturierung des Netzwerkes der öffentlichen Familienberatungsstellen, schrittweise Einführung (einschließlich der psychologischen und psychotherapeutischen Leistungen).</i> Per l'ambito infermieristico e medico: Il piano di progetto per la ristrutturazione dei consultori familiari pubblici è disponibile ed è stato attuato secondo i piani. La pianificazione dell'implementazione nel settore dell'assistenza è disponibile ed è stata implementata secondo i piani. La base per il flusso di informazioni è definita. Für den Pflegebereich: Der Projektplan für die Neustrukturierung der öffentlichen Familienberatungsstellen liegt vor und ist planmäßig umgesetzt. Die Einsatzplanung im Pflegebereich liegt vor und ist planmäßig umgesetzt. Die Grundlagen für die Informationsfluss sind definiert.	Sono state individuate le sedi dei Consultori Familiari pubblici Hub e Spoke in tutti e 4 i Comprensori Sanitari. Sono stati rilevati i Consultori familiari privati convenzionati e sono state valutate le prestazioni di ciascuno: -Bolzano : Fabe, Aied, Kolbe, Arca, Mesocops - Bressanone e Vipiteno: Kolbe - Merano e Silandro: Liliith, Kolbe e Fabe - Brunico: Fabe Insieme all' Ufficio Economia sanitaria e Assistenza Sanitaria della Ripartizione Salute della PAB, sono stati organizzati diversi incontri con l'obiettivo di rivedere le prestazioni di tipo ginecologico/ostetrico e di tipo psicologico/psichiatrico, al fine di provvedere alla revisione del nomenclatore delle prestazioni sia per le strutture pubbliche che per le strutture private convenzionate presenti sul territorio. È stata elaborata la " Linea guida per la riorganizzazione dei Consultori Familiari in PAB" approvata con DGP Nr. 419 del 28.05.24. Al fine di alimentare il sistema informativo per il monitoraggio delle attività erogate dai consultori familiari (SICOF) verrà utilizzato nei prossimi mesi il nuovo gestionale Fenix, che verrà utilizzato per l'implementazione del flusso da parte dei Consultori familiari pubblici. I consultori familiari accreditati alimentano il flusso SICOF dal 01/01/2024. Diversi sono stati gli incontri con il referente della ripartizione informatica. Si fa presente che a partire dal 01/03/2025 il flusso SICOF verrà alimentato anche da parte dei Consultori pubblici. Die Standorte der öffentlichen Familienberatungsstellen Hub und Spoke in allen vier Gesundheitsbezirken wurden ermittelt. Die privat konventionierten Familienberatungsstellen wurden bestimmt und die von ihnen erbrachten Leistungen bewertet: - Bozen: Fabe, Aied, Kolbe, Arca, Mesocops - Brixen und Sterzing: Kolbe - Meran und Schlanders: Liliith, Kolbe und Fabe - Bruneck: Fabe. Gemeinsam mit dem Amt für Gesundheitsökonomie und der Gesundheitsabteilung wurden mehrere Treffen organisiert, um die gynäkologischen/geburtshilflichen und psychologischen/psychiatrischen Dienste zu überprüfen und das Leistungsverzeichnis der Dienste, sowohl für öffentliche Einrichtungen als auch für private, konventionierte Einrichtungen in diesem Bereich zu überarbeiten. Die Landesbeschluss Nr. 419 vom 28.05.24 genehmigte „Leitlinie für die Reorganisation von Familienberatungsstellen" wurde erstellt. Um das Informationssystem zur Überwachung der von den Familienberatungsstellen erbrachten Leistungen (SICOF) zu speisen, wird das neue Fenix-Verwaltungssystem in den kommenden Monaten für die Implementierung des Datenflusses durch die öffentlichen Familienberatungsstellen eingesetzt. Die akkreditierten Familienberatungsstellen werden ab dem 01.01.2024 in den SICOF-Fluss eingespeist. Es fanden mehrere Treffen mit der Kontaktperson der IT-Abteilung statt. Ab dem 01.03.25 funktioniert der SICOF-Fluss auch von den öffentlichen Familienberatungsstellen.

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
136b (ex 136) nuova formu lazion e della PAB conflu ito anche l'ob. n. 23	B.1.1 B.1.2	B Migliorare la salute e qualificare il Governo clinico (Qualità, Appropriatezza e Risk Management), Governo liste d'attesa Verbesserung der Gesundheit und der klinischen Steuerung (Qualität, Angemessenheit und Risikoverwaltung), Verwaltung der Wartelisten	Sviluppo organizzativo del Risk Management in Azienda e informatizzazione della gestione degli eventi sentinella Organisatorische Entwicklung des Risk-Managements im Sanitätsbetrieb und Informatisierung der Verwaltung der besonders schwerwiegenden (Warn-)Ereignisse ("eventi sentinella")	BSC 2024: <i>1) La rete aziendale e comprensoriale per la gestione del Risk Management e della sicurezza del paziente è definita e organizzata</i> <i>2) I flussi di segnalazione degli eventi sentinella sono informatizzati, così da facilitarne la rilevazione, la comunicazione e il costante monitoraggio</i> <i>1) Das Netzwerk auf Betriebs- und Bezirksebene zur Umsetzung des Risk-Managements und zur Gewährleistung der Patientensicherheit ist festgelegt und organisiert.</i> <i>2) Die Datenflüsse zur Mitteilung der schwerwiegenden (Warn-)Ereignisse ("eventi sentinella") sind informatisiert, sodass die Erfassung, Mitteilung und die ständige Überwachung erleichtert werden.</i> <i>1)</i> Sviluppo di una rete e di una cooperazione strutturata (creazione di un piano di comunicazione) a) Partecipazione al programma di formazione predisposto dalla unità organizzativa governo clinico per il 2024 b) Supportare e promuovere l'implementazione delle specifiche pianificate nell'ambito dei rispettivi programmi di certificazione e accreditamento nel proprio reparto/servizio (p.es.: norme UNI EN ISO 9001 , accreditamento istituzionale, accreditamento all' eccellenza con Accreditation Canada, CIRS e referenti del rischio secondo il Modello italiano Gestione Rischio della LUISS, strumenti qualità ecc.) Aufbau des Netzwerkes und einer strukturierten Zusammenarbeit (Erstellung eines Kommunikationsplans) a) Teilnahme am Schulungsprogramm 2024, welches von der klinischen Führung vorgegeben ist b) Umsetzung der vorgesehenen Vorgaben im Rahmen der jeweiligen Zertifizierungs- und Akkreditierungsprogramme in der eigenen Abteilung/Dienst begleiten und fördern (wie z.B. UNI EN ISO 9001 Normen, institutionelle Akkreditierung, Akkreditierungsprogramme auf freiwilliger Basis wie z.B. Accreditation Canada, CIRS , RM Beauftragte nach dem MiGeRis Programm der LUISS , Aktualisierung Qualitätssicherungsinstrumente usw.)	1. a) I referenti interni per la qualità e la gestione del rischio sono stati nominati e rilevati al fine di una strutturata collaborazione in rete. b) Il curriculum formativo 2024 è stato pubblicato su una piattaforma dedicata ai referenti interni. Sono stati organizzati e tenuti 9 eventi di kick-off, suddivisi in tutti gli ospedali provinciali, per presentare il programma di formazione e le tematiche fondamentali del Governo clinico. 2. Le segnalazioni avvengono digitalmente tramite un apposito foglio Excel, secondo le linee guida ministeriali: SCHEDA A. Il documento 696/18 BETRIEBSPROZEDUR FÜR DIE MELDUNG UND HANDHABUNG VON SCHWERWIEGENDEN EREIGNISSEN - SENTINEL EVENTS PROCEDURA AZIENDALE PER LA SEGNALEZIONE E LA GESTIONE DEGLI EVENTI SENTINELLA è attualmente in fase di revisione seguendo le nuove linee guida ministeriali di luglio 2024 "Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella". Il gruppo di lavoro dedicato è stato formato. Diversi indicatori (cadute, violenza a danno degli operatori sanitari, CIRS, reclami, sinistri...) sono stati configurati tramite INWORKS con l'obiettivo di creare una dashboard dedicata alla gestione del rischio, inclusa la configurazione degli eventi sentinella.
181a	A.3.1 A.3.2 A.3.3	A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	1.Riorganizzazione della rete ospedaliera con individuazione delle prestazioni erogabili dai vari ospedali, dei servizi di riferimento aziendali/servizi unici e delle altre forme di aggregazione di unità operative (dipartimenti, collaborazioni vincolanti, aree funzionali omogenee) 2. e 3. Miglioramento dell'assistenza nell'ambito delle reti tempodipendenti attraverso l'elaborazione e il monitoraggio di PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) 1. Reorganisation des Krankenhausnetzes mit der Bestimmung der Leistungen, die von den verschiedenen Krankenhäusern erbracht werden können, gemeinsame Referenzleistungen/Einzelleistungen und andere Formen der Zusammenlegung von betriebsweiten Bezugseinheiten (Abteilungen, verbindliche Kooperationen, homogene Funktionsbereiche) 2. und 3. Verbesserung der Betreuung innerhalb zeitabhängiger Netzwerke durch die Entwicklung und Überwachung von PDTAs (Diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade)	BSC 2024: <i>1.Sulla base della mappatura e dell'analisi conclusa nel 2023, è predisposto entro aprile 2024 il programma operativo di rimodulazione organizzativa ed è attuato per la parte prevista per il 2024</i> <i>2. Per ciascuna delle reti tempodipendenti il percorso clinico definito nel 2023 è implementato</i> <i>3. I PDTA delle reti tempodipendenti sono monitorati ed è predisposta la relazione annuale di valutazione di esito (ai sensi delle Linee guida 24/01/2018).</i> <i>1. Auf der Grundlage der im Jahr 2023 abgeschlossenen Übersicht und Analyse wird das Operationsprogramm zur organisatorischen Umgestaltung bis April 2024 vorbereitet und für den für 2024 geplanten Teil umgesetzt</i> <i>2. Für jedes zeitabhängiges Netzwerk wurde (in 2023) der festgelegte klinische Verlauf umgesetzt</i> <i>3. Die PDTA der zeitabhängigen Netzwerke werden überwacht und es wird ein jährlicher Bericht zur Bewertung der Ergebnisse erstellt (gemäß den Richtlinien 24.01.2018).</i> OBIETTIVO RINEGOZIATO: 1.Sulla base della mappatura e dell'analisi conclusa nel 2023, è predisposto entro il 31/12/2024 il programma operativo di rimodulazione organizzativa, la cui implementazione è demandata al 2025. 1. Auf der Grundlage der im Jahr 2023 abgeschlossenen Kartierung und Analyse wird der operative Plan zur organisatorischen Umgestaltung innerhalb 31.12.2024 vorbereitet dessen Umsetzung für 2025 vorgesehen ist. 1. È attuata la rimodulazione organizzativa delle unità operative e Servizi sulla base del modello definito per l'erogazione delle prestazioni nei presidi della rete ospedaliera. 1. Die organisatorische Umgestaltung der operativen Einheiten und Dienste erfolgt auf Basis des definierten Modells für die Leistungserbringung in den Diensten des Krankenhausnetzes	1. la mappatura delle unità operative afferenti alla rete dei presidi ospedalieri con la distribuzione della casistica di ricovero è stata effettuata. A livello direzionale devono essere discusse e valutate le proposte di riorganizzazione emerse all'interno dei gruppi clinici specialistici e forme vincolanti di collaborazione organizzativa che confluiranno nel nuovo atto aziendale clinico. 2. Per ciascuna delle quattro reti tempodipendenti il percorso clinico definito nel 2023 è stato implementato . 3. Ad esclusione deI PDTA STROKE tutti i PDTA delle reti tempodipendenti sono monitorati ed è predisposta la relazione annuale di valutazione di esito (ai sensi delle Linee guida 24/01/2018). 1. die Abbildung der zum Krankenhausnetz gehörenden operativen Einheiten mit der Verteilung der Art der stationären Fälle ist erfolgt. Auf Betriebsebene sind die sich abzeichnenden Reorganisationsvorschläge innerhalb der klinischen Fachgruppen und verbindliche Formen der organisatorischen Zusammenarbeit, die in die neue Betriebsordnung einfließen werden, zu diskutieren und zu bewerten. 2. Für jedes der vier zeitabhängigen Netzwerke wurde der 2023 festgelegte klinische Verlauf umgesetzt. 3. Mit Ausnahme des Betreuungspfades "STROKE" wurden alle Betreuungspfade der zeitabhängigen Netzwerke überwacht und ein jährlicher Bericht zur Bewertung der Ergebnisse erstellt (gemäß den Richtlinien 24.01.2018).

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
49a	A.4	A Riquilificare l'organizzazione dei servizi, dei processi e dei prodotti Umgestaltung der Organisation der Dienste, Prozesse und Leistungen	DIPARTIMENTO Riorganizzazione del Dipartimento di prevenzione da funzionale a strutturale e sua implementazione Umstrukturierung des Departements für Prävention von funktional zu strukturell und deren Umsetzung	BSC 2024: <i>È implementato il dipartimento di prevenzione strutturale, dopo aver approvato tutti gli atti amministrativi di istituzione e di attuazione del medesimo.</i> <i>Die Abteilung für strukturelle Prävention wird nach der Genehmigung aller Verwaltungsakte für ihre Einrichtung und Durchführung eingeführt.</i> OBIETTIVO RINEGOZIATO: Sono approvati tutti gli atti amministrativi di istituzione e di attuazione del dipartimento di prevenzione strutturale. Alle Verwaltungsakte zur Einrichtung und Umsetzung des Departments für strukturelle Prävention sind genehmigt worden. Dipartimento di Prevenzione strutturale 1) Nomina Direttore Dipartimento di Prevenzione. 2) Struttura tecnico-amministrativa di supporto creata. 3) Creazione Strutture Semplici del Dipartimento e nei Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione (non superando le attuali strutture esistenti). Strutturales Präventionsdepartement 1) Ernennung des Direktors des Präventionsdepartements 2) Schaffung einer technisch-administrativen Unterstützungsstruktur. 3) Schaffung einfacher Strukturen im Department und in den Diensten des Präventionsdepartements (ohne Überschreitung der aktuellen Strukturen)	Le azioni amministrative complessive sono state inviate alla Direzione Aziendale da parte del Dipartimento di Prevenzione. Sämtliche betriebsinterne Verwaltungsmaßnahmen vonseiten des Präventionsdepartements wurden der Betriebsdirektion übermittelt.
98a	D.1.1 D.1.2	D Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo Optimierung der Führung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle	Definizione dell'assetto organizzativo attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale: consolidamento del riordino organizzativo già adottato e progressiva definizione e attuazione del riordino dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi sanitari. Festlegung der Organisationsstruktur durch die Verabschiedung der neuen Betriebsordnung: Abschluss der organisatorischen Neuordnung und schrittweise Festlegung und Umsetzung der Neuordnung der Organisation und Arbeitsweise der Gesundheitsdienste.	BSC 2024 <i>1. È completata e consolidata l'implementazione dell'atto aziendale, dell'organigramma e del funzionigramma dei servizi amministrativi</i> <i>2. Sono definiti/unificati i procedimenti amministrativi e ridefiniti/formalizzati i processi aziendali (almeno cinque):</i> <i>scheda in dettaglio:</i> <i>Punto 2: Sono da definire/unificare i seguenti procedimenti/processi: due aspetti del contratto aziendale unico per il personale, prestazioni inviate fuori provincia senza codice (codice "XXX"), partecipazione dei medici alle commissioni tecniche per gli acquisti, proposta di gestione del sistema di prenotazione e registro delle liste operatorie unico per tutti gli ospedali provinciali, gestione unica a livello aziendale delle prestazioni pre-ricovero)</i> <i>1. Die Umsetzung der Betriebsordnung, des Organigramms und des Funktionsplans der Verwaltungsdienste ist abgeschlossen und konsolidiert</i> <i>2. Verwaltungsabläufe werden festgelegt/vereinheitlicht und Betriebssprozesse neu überarbeitet/formalisiert (mindestens fünf) - Detailbogen:</i> <i>Punkt 2: Die folgenden Verfahren/Prozesse sollen festgelegt/vereinheitlicht werden: 2 Aspekte des einheitlichen Vertrags auf Betriebsebene für Personal, außerhalb des Landes erbrachte Leistungen ohne Code (Code "XXX"), Teilnahme von Ärzten an technischen Ausschüssen für Ankäufe, Vorschlag für die Verwaltung des einheitlichen Vormerkungssystems und des Registers der Operationslisten für alle Landeskrankenhäuser, einheitliche betriebsweite Verwaltung der Prähospitalisierungsleistungen)</i>	1. L'assetto organizzativo dell'amministrazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è stato progressivamente ridefinito con vari provvedimenti del direttore generale, approvati dalla Giunta Provinciale con delibera n. 682 del 25.06.2024. L'Azienda Sanitaria ha sbloccato diverse procedure di interpello in sospeso, come l'individuazione di dirigenti per vari uffici. Sono state ridefinite la struttura organizzativa e le competenze della ripartizione legale e affari generali, separando le funzioni di RPC e RT e nominando i relativi dirigenti. La ripartizione tecnico-patrimoniale di Bolzano è stata convertita in ufficio tecnico e patrimonio, con competenze ridefinite. La nuova direzione ha l'obiettivo di revisionare l'atto aziendale provvisorio e approvare la nuova struttura organizzativa del settore sanitario. È stato elaborato un sistema di deleghe di funzioni e di firma, implementato con un aggiornato sistema informativo per l'approvazione delle delibere, determine e decreti dirigenziali, avviato il 22.10.2024. Il 20 novembre 2024 è stata presentata la proposta di nuovo organigramma aziendale, inviata al competente Assessore il 30 dicembre 2024. Il documento include proposte di modifica per la parte sanitaria e tecnico-assistenziale, da approfondire nel gruppo di lavoro recentemente costituito. La bozza considera anche la proposta di modifica in materia di sicurezza sul lavoro, formulata dai consulenti dopo incontri con vari direttori aziendali e di comprensorio. 2 a. Contrattazione aziendale 2024: Sono stati affrontati temi come mobilità interna, regolamentazione del primo giorno di malattia, part-time, garanzia dei servizi essenziali in caso di sciopero e indennità di compito. b. Procedura per prestazioni fuori provincia: È stata avviata la definizione di una procedura specifica per la gestione delle prestazioni inviate fuori provincia senza codici, attualmente in fase di validazione e prevista per il 2025. c. Commissione di valutazione: La commissione di valutazione, nominata a fine ottobre, ha incontrato difficoltà operative e ritardi. La complessità del lavoro e la composizione della commissione con medici anche fuori provincia, hanno contribuito ai ritardi. d. Diffusione dei moduli ADT e Digistat: Questi moduli sono stati implementati negli ospedali di Merano, Silandro e Bolzano per la gestione della programmazione chirurgica e delle liste di attesa. e. Gestione delle prestazioni pre-ricovero: La definizione e unificazione dei procedimenti relativi alla gestione delle prestazioni pre-ricovero non è stata affrontata come previsto a causa di altre priorità operative e dell'entrata in vigore dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nr.	BSC 2024	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2024 Ziel 2024	Risultato atteso 2024 Erwartetes Ergebnis 2024	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbericht zur Zielerreichung
					<p>1. Die Organisationsstruktur der Verwaltung des Südtiroler Sanitätsbetriebs wurde schrittweise durch verschiedene Maßnahmen des Generaldirektors neu definiert, die von der Landesregierung mit Beschluss Nr. 682 vom 25.06.2024 genehmigt wurden. Der Sanitätsbetrieb hat mehrere seit langem ausstehende Ausschreibungsverfahren freigegeben, wie die Ernennung von Führungskräften verschiedener Ämter. Die Organisationsstruktur und die Zuständigkeiten der Abteilung Recht und Allgemeine Angelegenheiten wurden neu definiert, wobei die Funktionen von RPC und RT getrennt und die entsprechenden Führungskräfte ernannt wurden. Die Abteilung für Technik und Vermögen von Bozen wurde in ein technisches und patrimoniales Büro umgewandelt, mit neu definierten Zuständigkeiten. Die neue Leitung hat das Ziel, das vorläufige Betriebsstatut zu überarbeiten und die neue Organisationsstruktur des klinischen Bereiches zu genehmigen. Ein System von Funktions- und Zeichnungsdelegationen wurde ausgearbeitet und mit einem aktualisierten Informationssystem für die Genehmigung von Beschlüssen, Verfügungen und Verwaltungsdekreten implementiert, das am 22.10.2024 eingeführt wurde. Am 20. November 2024 wurde der Vorschlag für ein neues Betriebsorganigramm vorgestellt und am 30. Dezember 2024 dem zuständigen Landesrat übermittelt. Das Dokument enthält Änderungsvorschläge für den Sanitären- und Pflegebereich, die in der kürzlich eingerichteten Arbeitsgruppe weiter vertieft werden sollen. Die Entwurfsfassung berücksichtigt auch den Änderungsvorschlag zur Arbeitssicherheit, der von den Beratern nach Treffen mit verschiedenen Betriebs- und Bezirksdirektoren formuliert wurde.</p> <p>2. a. Betriebsverhandlungen 2024: Themen wie interne Mobilität, Regelung des ersten Krankheitstages, Teilzeit, Gewährleistung der unerlässlichen Dienste im Streikfall und Aufgabenvergütungen wurden behandelt.</p> <p>b. Verfahren für Leistungen außerhalb der Provinz: Es wurde ein spezifisches Verfahren für die Verwaltung von Leistungen ohne Codes, die außerhalb der Provinz erbracht werden, eingeleitet, das derzeit validiert wird und für 2025 vorgesehen ist.</p> <p>c. Bewertungskommission: Die im Oktober ernannte Bewertungskommission hatte operative Schwierigkeiten und Verzögerungen. Die Komplexität der Arbeit und die Zusammensetzung der Kommission, auch mit Ärzten außerhalb des Landes, trugen zu den Verzögerungen bei.</p> <p>d. Verbreitung der ADT- und Digistat-Module: Diese Module wurden in den Krankenhäusern von Meran, Schlanders und Bozen zur Verwaltung der chirurgischen Planung und der Wartelisten implementiert.</p> <p>e. Verwaltung der Leistungen vor eines Krankenhausaufenthaltes: Die Definition und Vereinheitlichung der Verfahren zur Verwaltung der der Leistungen vor eines Krankenhausaufenthaltes wurde aufgrund anderer operativer Prioritäten und der Einführung der neuen wesentlichen Leistungsniveaus (LEA) nicht wie vorgesehen behandelt.</p>
186	D.1.3	D Sviluppare la governance, migliorando la programmazione ed il controllo Optimierung der Führung durch Verbesserung der Planung und Kontrolle	Definizione dell'assetto organizzativo attraverso l'adozione del nuovo Atto Aziendale: consolidamento del riordino organizzativo già adottato e progressiva definizione e attuazione del riordino dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi sanitari Festlegung der Organisationsstruktur durch die Verabschiedung der neuen Betriebsordnung: Abschluss der organisatorischen Neuordnung und schrittweise Festlegung und Umsetzung der Neuordnung der Organisation und Arbeitsweise der Gesundheitsdienste	BSC 2024: <i>3. E' approvato il riordino organizzativo, ivi incluso organigramma e funzionigramma, dei seguenti servizi sanitari: dipartimento di prevenzione strutturale, rete ospedaliera (ivi inclusi i centri aziendali di riferimento e le collaborazioni vincolanti) e i servizi già previsti nel 2023 e non già adottati formalmente.</i> <i>3. Die organisatorische Reorganisation, einschließlich Organigramm und Funktionsplan, der folgenden Gesundheitsdienste wird genehmigt: Abteilung für strukturelle Prävention, Krankenhausnetzwerk (einschließlich gemeinsamer Bezugszentren und verbindlicher Kooperationen) und die bereits für 2023 geplanten und noch nicht förmlich angenommenen Dienste</i>	<p>Il 20 novembre 2024 è stata presentata la proposta di nuovo organigramma aziendale, compreso l'ambito clinico, inviata al competente Assessore il 30 dicembre 2024. Il documento include proposte di modifica per la parte sanitaria e tecnico-assistenziale, da approfondire ulteriormente durante un work shop con l'Assessorato.</p> <p>Am 20. November 2024 wurde der Vorschlag für ein neues Betriebsorganigramm, inklusive klinischer Bereich, vorgestellt und am 30. Dezember 2024 dem zuständigen Landesrat übermittelt. Das Dokument enthält Änderungsvorschläge für den Sanitären- und Pflegebereich, die in einem Work shop mit dem assessorat weiter vertieft werden.</p>

Der Beschlussentwurf wurde von		La proposta di Deliberazione è stata redatta da
ausgearbeitet	PELLEGRINI INES	
Der/die Verfahrensverantwortliche		Il/la responsabile del procedimento
bescheinigt und gewährleistet die technische, buchhalterische und verwaltungstechnische Richtigkeit sowie die Rechtmäßigkeit des vorliegenden Beschlussentwurfs	PELLEGRINI INES	attesta e garantisce la regolarità tecnica, contabile e la legittimità della proposta di Deliberazione

Sichtvermerke i. S. d. Art. 13 L.G. 17/93 und L.G. 6/22 betreffend die fachliche, verwaltungsmäßige und buchhalterische Verantwortung		Visti ai sensi dell'art. 13 L.P. 17/93 e della L.P. 6/22 sulla responsabilità tecnica, amministrativa e contabile
Der/die Amstdirektor/in	PELLEGRINI INES	Il/la Direttore/trice d'Ufficio
am	23/05/2025	in data
hat die fachliche Ordnungsmäßigkeit mittels eines Sichtvermerkes bestätigt		ha emesso il visto di regolarità tecnica
Der/die Abteilungsdirektor/in	MARSONER MARKUS	Il/la Direttore/trice di Ripartizione
am	23/05/2025	in data
hat die Rechtmäßigkeit mit einem Sichtvermerk bestätigt		ha emesso il visto di legittimità