

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. 2026-317
Sitzung vom
19/05/2026

Seduta del

DER GENERALDIREKTOR
IL DIRETTORE GENERALE
CHRISTIAN KOFLER

UNTERSTÜTZT
COADIUVATO

VOM SANITÄTSDIREKTOR
DAL DIRETTORE SANITARIO
JOSEF WIDMANN

VOM STELLVERTRETENDEN VERWALTUNGSDIREKTOR
DAL SOSTITUTO DEL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
UMBERTO TAIT

UND VON DER PFLEGEDIREKTORIN
E DALLA DIRETTRICE TECNICO ASSISTENZIALE
MARIANNE SILLER

Betreff:

GENEHMIGUNG DES PERFORMANCEBERICHTES
2025

Beschlussentwurf

Oggetto:

APPROVAZIONE DELLA RELAZIONE SULLA
PERFORMANCE 2025

Proposta di Deliberazione

Nr. 379/26

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“, welcher 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 die Bestimmung Nr. 3 vom November 2018 zu den „Leitlinien für den jährlichen Performancebericht“, erlassen vom Präsidium des Ministerrates – Departement für den Öffentlichen Dienst – Amt für die Bewertung der Performance;

Preso atto della disposizione del novembre 2018, n. 3, riguardante le "Linee guida per la Relazione annuale sulla performance" emanate dalla Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la valutazione delle performance;

Nach Einsichtnahme in den Beschluss des Generaldirektors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen Nr. 1419 vom 30. Dezember 2024, mit dem der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) des Südtiroler Sanitätsbetriebes 2025 – 2027 genehmigt wurde;

Preso atto della delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige del 30 dicembre 2024, n. 1419, con la quale è stato approvato il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige 2025 - 2027;

Nach Einsichtnahme in den Beschluss des Generaldirektors des Sanitätsbetriebes der Autonomen Provinz Bozen Nr. 1244 vom 26. November 2024, mit dem das Jahrestätigkeitsprogramm (JTP) 2025 genehmigt wurde;

Preso atto della delibera del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige del 26 novembre 2024, n. 1244, con la quale è stato approvato il Programma operativo annuale (POA) 2025;

Nach Einsichtnahme in den Art. 9-ter, des Landesgesetzes Nr. 14 vom 5. November 2001 „Planungsprozess“, betreffend die Darstellung des Erreichens der im Jahrestätigkeitsprogramm (JTP) sowie im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) festgelegten Ziele;

Visto l'articolo 9-ter, della L.P. 5 novembre 2001, n. 14, "Processo di programmazione", riguardante l'illustrazione del raggiungimento degli obiettivi fissati nel Programma Operativo Annuale (POA), nonché nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO);

Nach Einsichtnahme in das Dekret der Abteilungsdirektorin Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol vom 25. Juli 2025 „Verfahren bezüglich Planungs- und Bewertungsdokumente des Landesgesundheitsdienstes“;

Preso atto del Decreto della Direttrice della Ripartizione Salute della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige del 25 luglio 2025 "Procedure relative ai documenti di programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Provinciale";

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

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

Performance (UBO) vorsieht;

(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 2025-2027 und des Jahrestätigkeitsprogrammes in Bezug auf das Jahr 2025;

Presa visione delle relazioni di raggiungimento dei referenti aziendali per i singoli obiettivi del Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 e del Programma operativo annuale relativamente all’anno 2025;

Unter Berücksichtigung des G.v.D. Nr. 33 vom 14. März 2013, in Bezug auf die „Pflichten zur Veröffentlichung, Transparenz und Verbreitung von Informationen durch die öffentlichen Verwaltungen“;

Considerato il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, relativamente agli “obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;

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 2025“ zu genehmigen; | 1) di approvare l’allegata “Relazione sulla performance 2025”; |
| 2) Die Abteilung Planung und Controlling zu beauftragen, gegenständlichen Beschluss dem Unabhängigen Bewertungsorgan (UBO) zur Validierung zu übermitteln; | 2) 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; | 3) di incaricare la Ripartizione Pianificazione e controllo di trasmettere la presente deliberazione alla Ripartizione Salute della Provincia Autonoma di Bolzano – Alto Adige; |
| 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. | 4) 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

Performance-Bericht 2025

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	3
ABSCHNITT 1 – ANAGRAFISCHE DATEN DER VERWALTUNG	5
1.1 Kennzahlen zum Südtiroler Sanitätsbetrieb	5
1.2 Analyse des externen Umfeldes	10
ABSCHNITT 2 – WERTBEITRAG UND NUTZEN FÜR DIE GESELLSCHAFT, PERFORMANCE UND ANTIKORRUPTION	14
2.1 Wertbeitrag und Nutzen für die Gesellschaft	14
2.2 Performance	14
2.2.1 Ziele zur Performance	14
2.2.1.1 Strategische mittel- und langfristige Ziele	14
2.2.1.2 Jahresziele	27
2.2.2 Indikatoren zur Performance	29
2.3 Korruptionsrisiken und Transparenz	39
2.3.1 Prävention der Korruption	39
2.3.2 Transparenz	46
2.4 Physische und digitale Erreichbarkeit	48
2.4.1 Physische Erreichbarkeit	48
2.4.2 Digitale Erreichbarkeit und „leichte“ Sprache	50
2.5 Vereinfachung	50
ABSCHNITT 3 – ORGANISATION UND HUMANRESSOURCEN	52
3.1 Organisationsstruktur	52
3.2 Wirtschafts- und Finanzsituation für 2025	52
3.3 Strategie zur Deckung des Personalbedarfs	53
3.4 Organisation der agilen Arbeit	54
3.5 Ausbildung des Personals	54
3.6 Der Dreijahresplan der positiven Maßnahmen und der Gender Equality Plan – Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit	56
3.6.1 Analyse der Personaldaten und Überwachung	56
3.6.2 Dreijahresplan der positiven Aktionen und Gender Equality Plan (GEP)	61
3.6.3 Vorbeugung von Gewalt gegen Mitarbeiter	66
3.7 Plan zur Rationalisierung des Einsatzes von instrumenteller Ausrüstung	68
3.8 Ökologische Nachhaltigkeit	68
ABSCHNITT 4 – ÜBERWACHUNG	70
4.1 Maßnahmen zur Überwachung der Performance	70
4.2 Überwachung Internal Audit	70

4.3 Unabhängiges Überwachungsbewertungsorgan - UBO	71
4.4 Maßnahmen zur Überwachung der Umsetzung des Dreijahresplans zur Korruptionsvorbeugung DPKPT und der Transparenzverpflichtungen.....	71
4.5 Überwachung der Organisation und der Humanressourcen	72
4.6 Überwachung der Qualität der Dienste	72
4.6.1 Patientenzufriedenheit.....	72
4.6.2 Mitarbeiterzufriedenheit.....	73
ANLAGEN	75

VORWORT

Der vorliegende Bericht veranschaulicht die Umsetzung der im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) 2025–2027 sowie im Jahrestätigkeitsprogramm (JTP) 2025 festgelegten Ziele für das Jahr 2025.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 1419 vom 30.12.2024 den Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan 2025 – 2027 und mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 1244 vom 26.11.2024 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 eine angemessene Kommunikation mit den Bürgern und allen weiteren internen und externen Interessengruppen durch eine gestraffte und verständliche Form zu garantieren.

Der Bericht folgt den Vorgaben:

- der geltenden Fassung des Titels II des Gesetzesvertretenden Dekrets vom 27. Oktober 2009, Nr. 150, betreffend die „Messung, Bewertung und Transparenz der Performance“, so wie durch das Gesetzesdekret vom 25. Mai 2017, Nr. 74, geändert;
- des Gesetzesvertretenden Dekrets vom 14. März 2013, Nr. 33, abgeändert durch den ANAC-Beschluss Nr. 481 vom 3. Dezember 2025, in Bezug auf die „Pflichten zur Veröffentlichung, Transparenz und Verbreitung von Informationen durch die öffentlichen Verwaltungen“;
- der Bestimmung vom November 2018, Nr. 3, zu den „Leitlinien für den jährlichen Performancebericht“, erlassen vom Präsidium des Ministerrates – Departement für den Öffentlichen Dienst – Amt für die Bewertung der Performance;
- gemäß Art. 9-ter des Landesgesetzes Nr. 14 vom 5.11.2001 betreffend die Darstellung des Erreichens der im Jahrestätigkeitsprogramm (JTP) sowie im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) festgelegten Ziele;
- laut „Verfahren zu den Planungs- und Bewertungsdokumenten des Landesgesundheitsdienstes“, welche von der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol, Abteilung Gesundheit, Amt für Gesundheitsökonomie, am 25.07.2025 erlassen wurden;
- des „System zur Messung und Bewertung der Performance – SMBP“, welches mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 861 vom 9.09.2025 genehmigt wurde.

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.

Zweck und Inhalte

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. Die Messung und Bewertung der Performance 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 –, welcher 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 definiert und die Basis für die spätere Bewertung und Abschlussberichtlegung der Performance bildet.

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 Fristen und den Inhalten der finanztechnischen Programmierung und der Bilanz.

Der Performancezyklus beginnt mit der Definition der Zielsetzungen, welche der Betrieb für den Drei-Jahres-Zeitraum im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan vorsieht, und nimmt Bezug auf das Jahrestätigkeitsprogramm für die, laut Artikel 3 und 4, des G.v.D. Nr. 150 vom 27. Oktober 2009, vorgesehene Zieluteilung, 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 die Fortschritte bei der Umsetzung der Ziele und die Einleitung von notwendigen Korrekturmaßnahmen zu überprüfen.

Die Verabschiedung des Performanceberichts für das Jahr 2025 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 der Performancezyklus schrittweise verbessern kann.

Der vorliegende Performancebericht stellt die wesentlichen Ergebnisse auf gesamtbetrieblicher Ebene im Hinblick auf das wirksame Erreichen der strategischen Betriebsziele (Betriebsperformance) dar, auch aus der Perspektive der Schaffung öffentlichen Wertes, das heißt der Verbesserung des Niveaus des Wohlergehens der Nutzer sowie der relevanten Stakeholder, unter Berücksichtigung der Quantität und Qualität der verfügbaren Ressourcen.

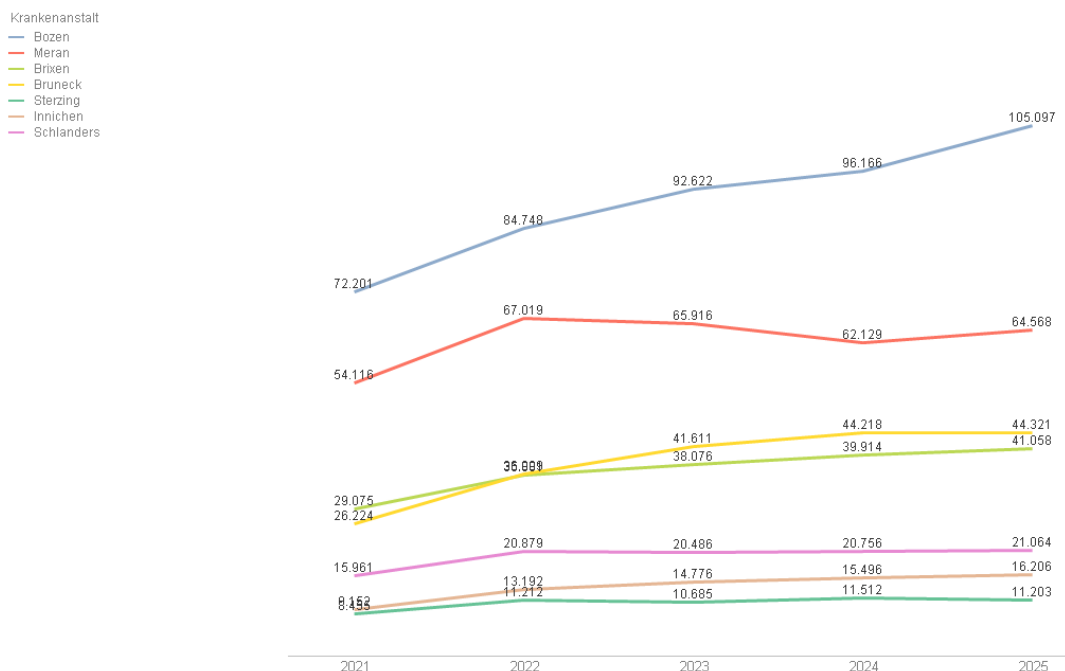
Zu diesem Zweck werden im Kapitel 1.1 einige Leistungsdaten und die wichtigsten Indikatoren zur Darstellung des erreichten Grads an Angemessenheit, klinischer Qualität und Effizienz aufgeführt. Darüber hinaus werden in diesem Kapitel auch die Daten zu den Ressourcen und die Produktionspläne dargelegt.

Die Messung und Bewertung der organisatorischen Performance und der Erreichung der Ziele des Jahrestätigkeitsprogramms 2025 - sowohl auf Betriebsebene als auch auf der Ebene der einzelnen 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.

ABSCHNITT 1 – ANAGRAFISCHE DATEN DER VERWALTUNG

1.1 Kennzahlen zum Südtiroler Sanitätsbetrieb

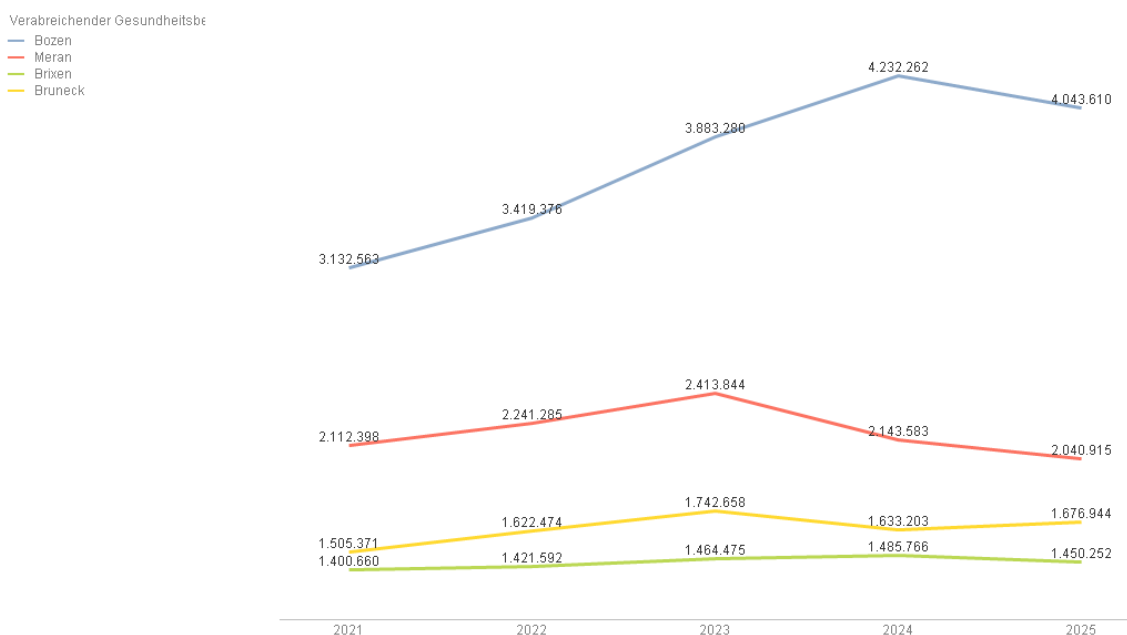
Zugänge zur Notaufnahme je Krankenhaus



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

Die Zugänge zur Notaufnahme auf betriebsebene insgesamt sind seit der Covid-Pandemie kontinuierlich angestiegen. Die Gesamtzahl der Zugänge für den Südtiroler Sanitätsbetrieb ist von 211.826 im Jahr 2021 auf 299.823 im Jahr 2025 gestiegen, was einem Anstieg von 41,5 % entspricht.

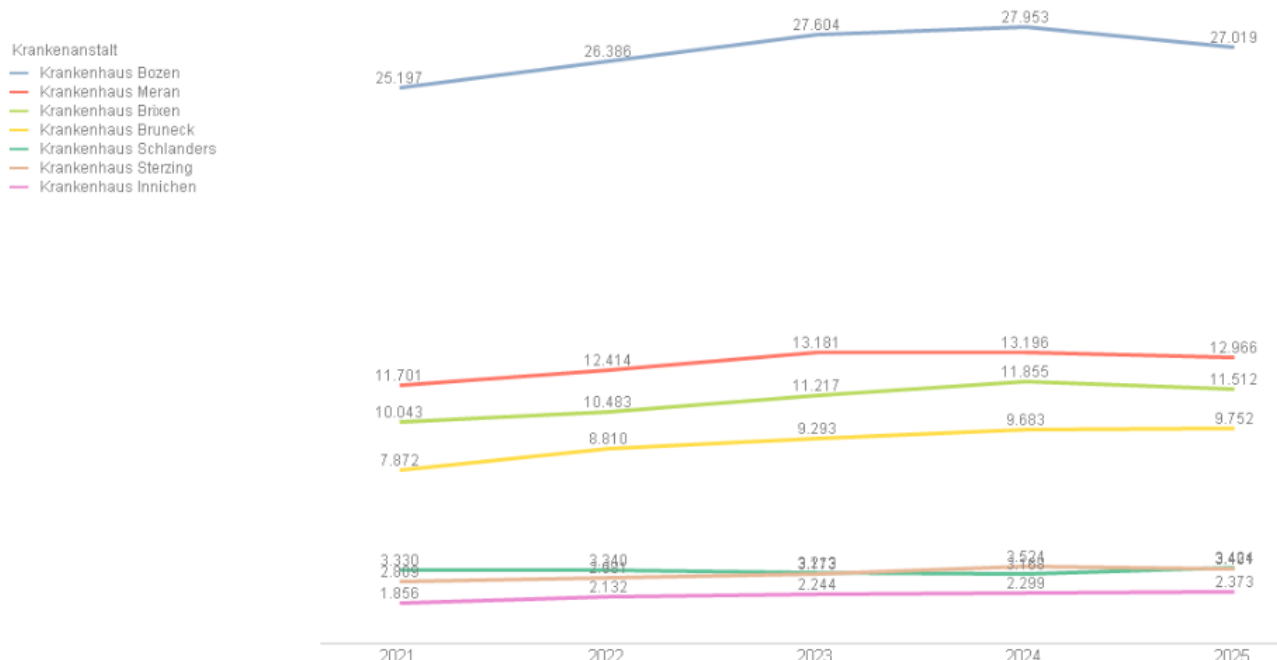
Anzahl fachärztliche Leistungen (ambulante fachärztliche Leistungen) je Gesundheitsbezirk (mit Erster Hilfe und vertragsgebundenen Einrichtungen)



Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen. Jahr 2025: nicht endgültige Daten.

Die Gesamtzahl der Leistungen des Südtiroler Sanitätsbetriebs ist von 8.150.992 im Jahr 2021 auf 9.211.721 im Jahr 2025 gestiegen, was einem Anstieg von 13 % entspricht.

Krankenhausaufenthalte (stationär und Tagesklinik)



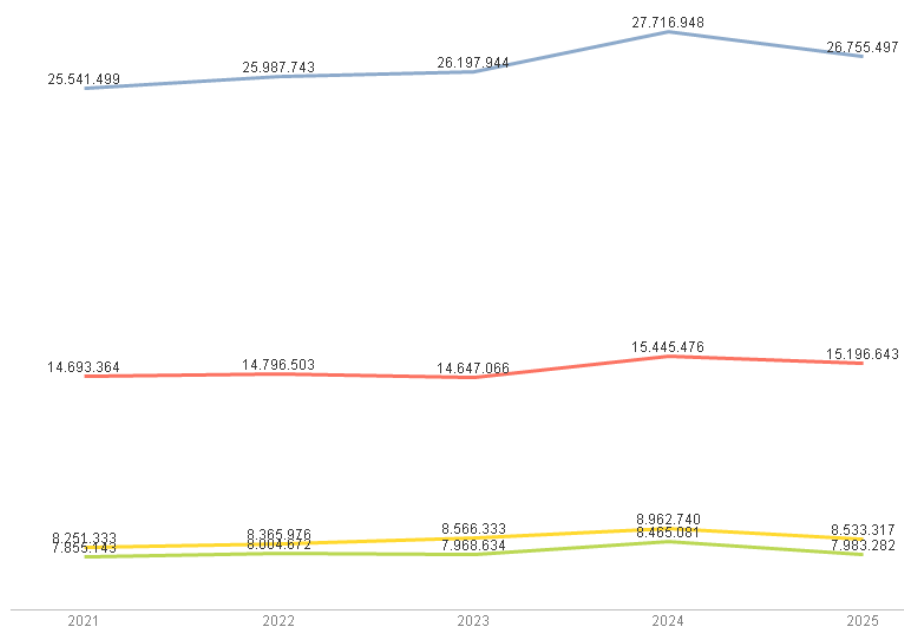
Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Die Zahl der Krankenhausaufenthalte in den öffentlichen Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebs ist von 66.801 im Jahr 2021 auf 70.447 im Jahr 2025 gestiegen, was einem Anstieg von 12 % entspricht.

Vertragsgebundene Pharmazeutik je Gesundheitsbezirk (in Euro)

Verabreichender Gesundheitsbezirk

- Bozen
- Meran
- Brixen
- Bruneck



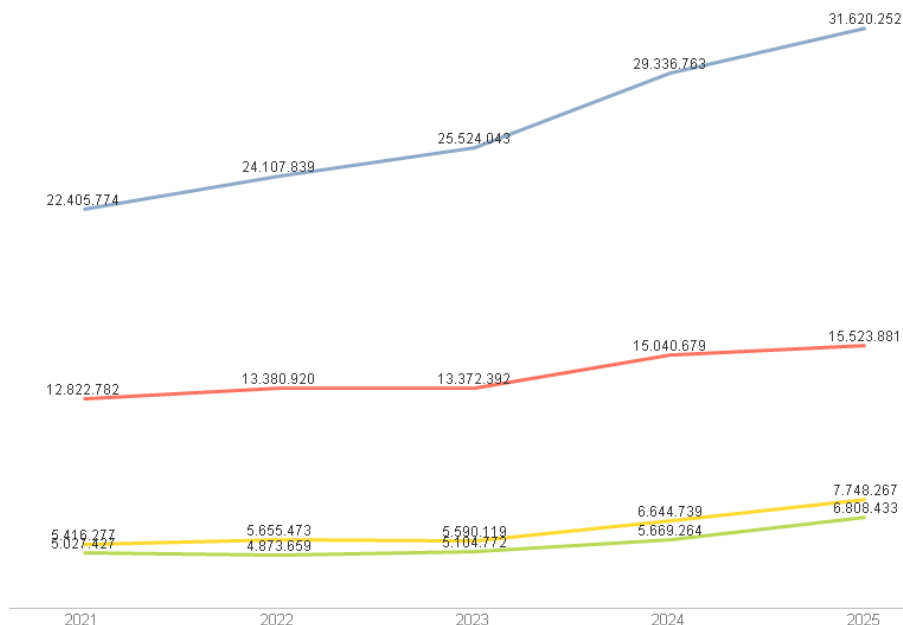
Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Die Gesamtausgaben des Südtiroler Sanitätsbetriebs sind von 53.341.339€ im Jahr 2021 auf 64.943.930€ im Jahr 2025 gestiegen, was einem Anstieg von 22 % entspricht.

Ausgabe für Arzneimittel im Krankenhaus je Gesundheitsbezirk (in Euro)

Verabreichender Gesundheitsbezirk

Bozen
Meran
Brixen
Bruneck

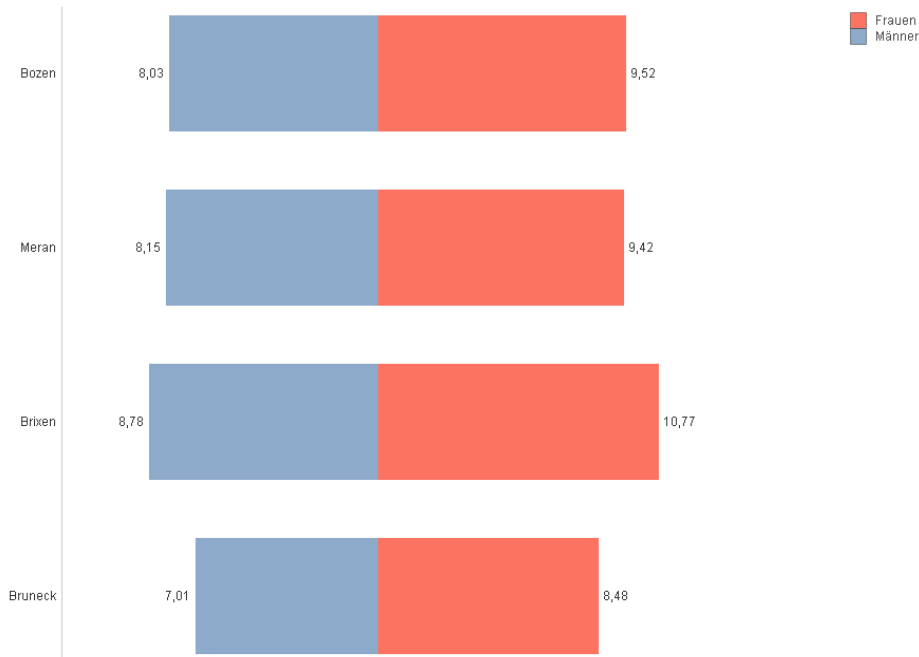


Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Die Gesamtausgaben des Südtiroler Sanitätsbetriebs sind von 45.672.261€ im Jahr 2021 auf 61.700.832€ im Jahr 2025 gestiegen, was einem Anstieg von 35 % entspricht.

Antibiotikaverbrauch je Gesundheitsbezirk – Jahr 2024

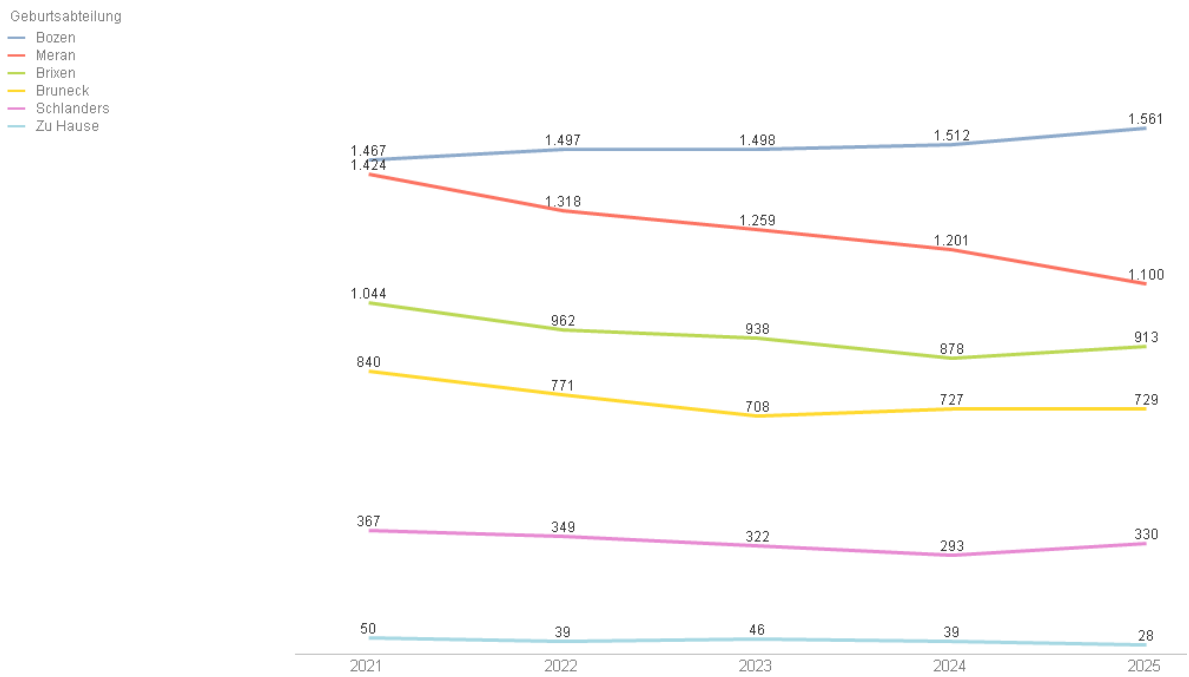
Wohnsitz-Gesundheitsbezirk



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

Der durchschnittliche Wert für den Südtiroler Sanitätsbetrieb beträgt 9,52 bei den Frauen und 8,01 bei den Männern, mit einem Gesamtmittelwert von 8,76.

Neugeborene je Geburtsabteilung



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

Insgesamt ist die Zahl der Geburten im Laufe der Jahre kontinuierlich zurückgegangen – von 5.192 im Jahr 2021 auf 4.661 im Jahr 2025 –, was einer Gesamtverringerung um 531 Geburten entspricht.

PRODUKTIONSPLAN 2025 - ZUSAMMENFASSUNG

Bericht Produktionsplan 2025 - zusammenfassende Übersicht
Relazione Piano di produzione 2025 - quadro riassuntivo

	Öffentliche Einrichtungen - Strutture pubbliche				Privat Privato	insgesamt totale
	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	
Akutaufnahmen Ricoveri per acuti *	27.019	16.390	14.913	12.125	70.447	70.447
Aufnahmen für Rehabilitation (Kodex 56.00 und 75.00) Ricoveri per riabilitazione (codice 56.00 e 75.00)	56	154	449	206	865	3.565
Aufnahmen für Postakute Langzeitpflege (Kodex 60.00) Ricoveri per Postacuti- Lungodegenza (codice 60.00)	-	18	107	93	218	1.783
Insgesamt /Totale						75.795

*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 2025	Brutto (Abrechnung)	Ticket	Netto
1)	FACHÄRZTLICHE AMBULANTE LEISTUNGEN	21.100.718,28 €	15.451.146,00 €	2.348.408,39 €	13.091.136,48 €
2)	ORDENTLICHE STATIONÄRE AUFENTHALTE	39.853.229,73 €	37.802.254,12 €	0,00 €	37.802.254,12 €
3)	FACHARZTLEISTUNGEN AUF DEM TERRITORIUM	13.477.483,00 €	13.316.468,44 €	24.083,12 €	13.294.774,23 €
4)	AUFNAHMEN IN TERRITORIALEN EINRICHTUNGEN	13.032.834,45 €	10.795.703,71 €	0,00 €	10.795.703,71 €
5)	SOZIO-SANITÄRE AUFENTHALTE	3.823.000,00 €	3.108.819,14 €	0,00 €	3.108.819,14 €
6)	VORBEUGUNG	1.595.508,00 €	1.468.000,00 €	0,00 €	1.468.000,00 €
	GESAMT PRODUKTIONSPLAN	92.882.773,46 €	81.942.391,41 €	2.372.491,51 €	79.560.687,68 €
Datenquelle: Buchhaltung SABES und Software zur Verrechnung der fachärztlichen ambulanten Leistungen					

- 1) Ambulante fachärztliche Leistungen in den Bereichen Radiologie, Senologie, Neurologie, Hämodialyse, Gastroenterologie, Kardiologie, Augenheilkunde, Dermatologie, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Podologie, Physikalische Rehabilitation, Orthopädie und Anästhesie, die von akkreditierten privaten Einrichtungen gemäß dem geltenden Gesetzesdekret Nr. 502/1992 im Rahmen von Interessenbekundungsverfahren zugekauft werden.
Die Ausgabenobergrenze 2025 (maximaler Ausgabenbetrag) liegt deutlich über dem Ist-Wert 2025, da mit 31.12.2024 die neuen LEA in Kraft getreten sind und Änderungen bzw. den Wegfall sowie entsprechende tarifliche Anpassungen zahlreicher Leistungen mit sich gebracht haben. Zudem bezogen sich die bis fast zur Jahresmitte 2025 vorgemerkten und erbrachten Leistungen auf die „alten“ LEA mit überwiegend niedrigeren Tarifen. Zum Zeitpunkt der Ausgabenprognose waren weder die neuen LEA noch die entsprechenden Tarife bekannt.
- 2) Die stationären Krankenhausaufenthalte umfassen sowohl die sogenannten postakuten Betten (Code 56.00), die Langzeitpflegebetten (Code 60.00) als auch die neurologischen Betten (Code 75), die gemäß dem geltenden Landesrehabilitationsplan den akkreditierten und vertraglich gebundenen Landesprivatkliniken zugewiesen sind. In diese Kategorie fallen auch Akutaufenthalte im Bereich der Orthopädie und der Inneren Medizin.
- 3) Die territoriale Fachversorgung umfasst ambulante Leistungen im Bereich der psychischen Gesundheit (Autismus, Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen – DCA, ADHS, Psychotherapie) sowie der Familienberatungsstellen; es handelt sich um Leistungen, die von akkreditierten Ambulatorien erbracht und durch verschiedene Beschlüsse der Landesregierung geregelt werden.
- 4) Die territorialen Aufenthalte betreffen den Bereich der psychischen Gesundheit (Psychiatrie, Kinder- und Jugendneuropsychiatrie – KJP, Essstörungen, Abhängigkeitserkrankungen, HIV) sowie Aufenthalte in Einrichtungen der Übergangspflege und der Palliativversorgung, die von akkreditierten privaten Einrichtungen erbracht und durch verschiedene Beschlüsse der Landesregierung geregelt werden.
- 5) Die sozial-sanitären Aufenthalte betreffen den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) sowie der schweren Behinderung in landesweit akkreditierten privaten Einrichtungen und sind durch verschiedene Beschlüsse der Landesregierung geregelt.
- 6) Im Bereich der Prävention werden verschiedene Projekte finanziert.

1.2 Analyse des externen Umfeldes

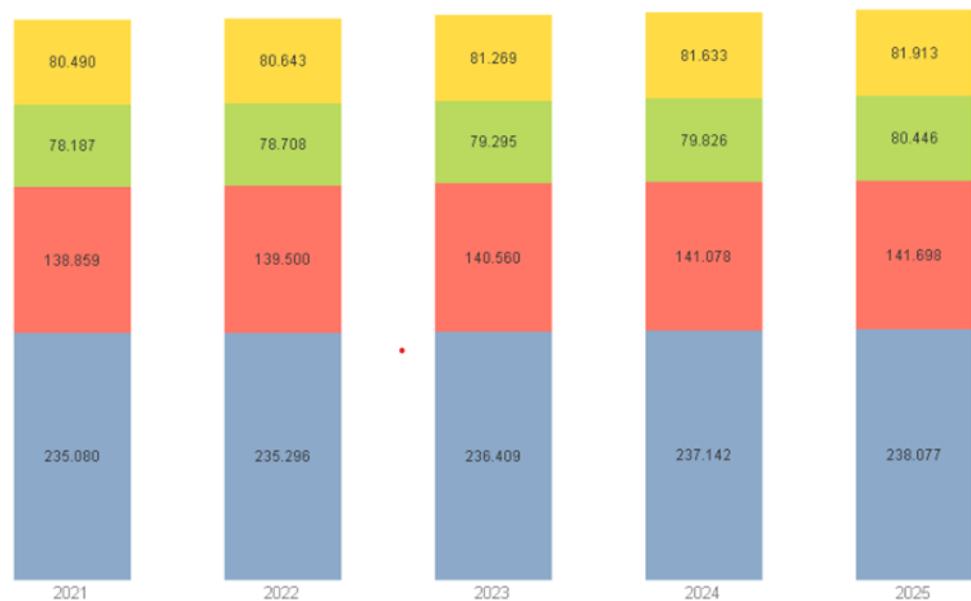
Betreuungsberechtigte Wohnbevölkerung

Demographische, sozialsanitäre Indikatoren und Struktur der Bevölkerung

Das Einzugsgebiet des Südtiroler Sanitätsbetriebes hat eine Einwohnerzahl von 542.134 auf einem Gebiet von 7.398 km². Knapp die Hälfte der Einwohner lebt im Gesundheitsbezirk Bozen (44%), etwa ein Viertel im Gesundheitsbezirk Meran (26%) und je etwa ein Achtel in den Gesundheitsbezirken von Brixen (15%) und Bruneck (15%).

Wohnsitz-Gesundheitsbezirk

- Bruneck
- Brixen
- Meran
- Bozen

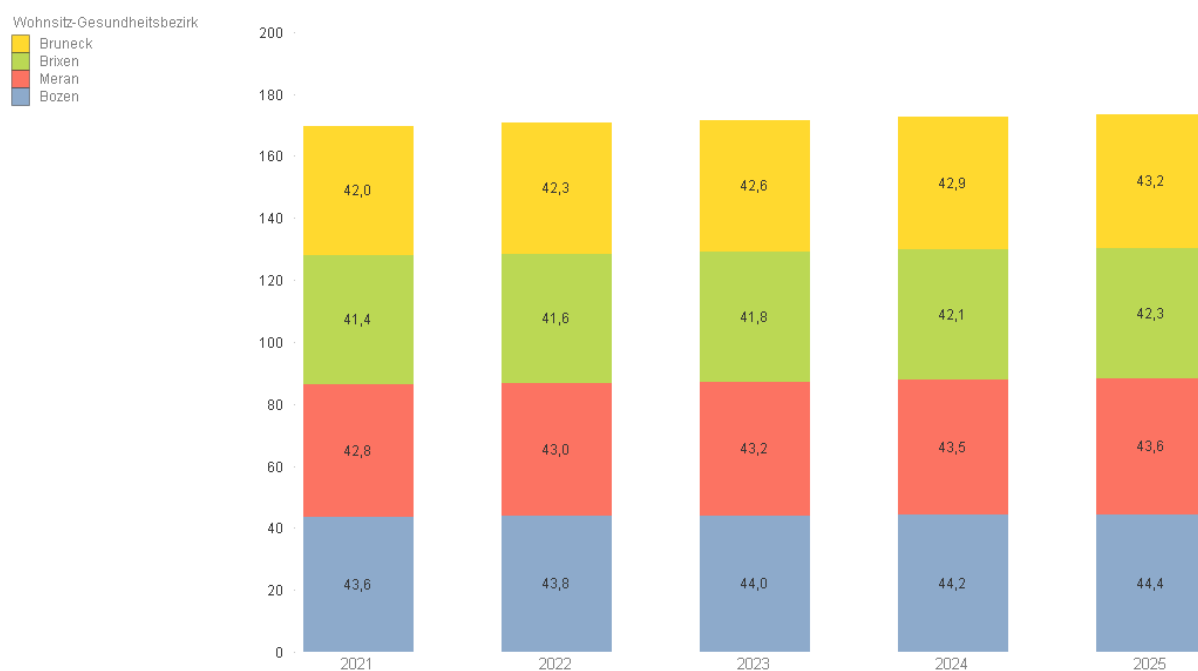


Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen

Die Bevölkerungszahl ist seit dem Covid-19 bedingten Rückgang bis zum Jahr 2021, ab dem Jahr 2022 in allen Gesundheitsbezirken wieder angestiegen.

In naher Zukunft wird der Pflege- und Betreuungsbedarf älterer Personen, so wie auch der Anspruch an sozio-sanitären Diensten stetig anwachsen. Dies ist vor allem auf das vermehrte Auftreten degenerativer Prozesse und die Chronifizierung von Krankheiten zurückzuführen. Von besonderer Bedeutung für die Gesundheitsplanung ist der künftig zu erwartende starke Anstieg der Versorgungsbelastung bei sehr alten Menschen, verbunden mit einem entsprechenden Mehrbedarf an Gesundheitsleistungen sowie der Notwendigkeit, diese kontinuierlich an die Entwicklung der Krankheitsbilder anzupassen

Durchschnittsalter per Wohnsitz-Gesundheitsbezirk



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

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 Landesebene liegt jedoch weiterhin deutlich unter dem auf Staatsebene, der bei 193,1% liegt.

Altersindex per Wohnsitz-Gesundheitsbezirk

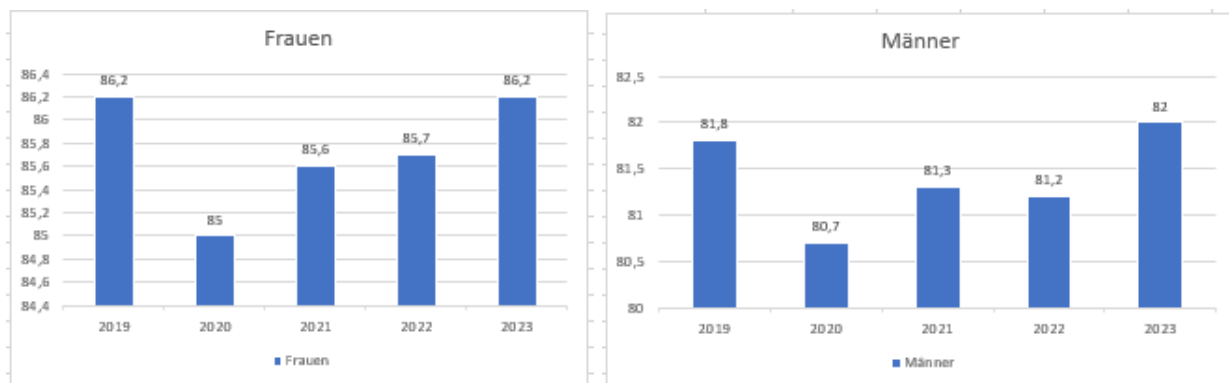


Quelle BSB: Bewertungssystem der gesundheitlichen Betreuung – Abteilung Gesundheitswesen Beobachtungsstelle für Gesundheit der Autonomen Provinz Bozen.

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 56,1% und ist unter den Frauen höher (59,7%), als bei den Männern (52,5%). Im Vergleich zum staatsweiten Index, der bei 57,6% liegt, weisen die Daten des Landes Südtirol eine nachhaltigere Bevölkerungsstruktur auf.

Der durchschnittliche Männlichkeitsindex liegt bei 98,4 Männer auf 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

Ausbreitung von chronischen Krankheiten

Chronische Krankheiten sind in den meisten Teilen der Welt die häufigste Todesursache. Es handelt sich dabei um eine breite Gruppe von Krankheiten, zu denen u. a. Herzkrankheiten, Neubildungen von Tumoren, Diabetes und chronische Atemwegserkrankungen gehören. Chronische Krankheiten haben nicht nur eine hohe Sterblichkeitsrate, sondern können auch besonders behindernd sein; ihre Bekämpfung ist daher eine Priorität der öffentlichen Gesundheit. Chronische Krankheiten manifestieren sich klinisch vor allem im Alter; es besteht daher ein Zusammenhang zwischen dem Durchschnittsalter der Bevölkerung und der Prävalenz chronischer Krankheiten. Im Vergleich zu den nationalen Durchschnittswerten ist die betreute Südtiroler Bevölkerung noch jung, auch wenn sie entsprechend der demografischen Entwicklung immer älter wird. Der Anteil der Südtiroler Bevölkerung mit mindestens einer chronischen Erkrankung liegt bei über 30 % (praktisch 1 von 3). Frauen haben ein etwas höheres Risiko, an mindestens einer chronischen Krankheit zu erkranken, als Männer.

Sterblichkeit nach Ursache

Die Quelle für die folgenden Daten bildet das Landesregister für die Sterbefälle das die Informationen der Todesbescheinigungen des ISTAT verwaltet und ausarbeitet und die Haupttodesursache zuordnet.

Die Todesfälle unter der einheimischen Bevölkerung beliefen sich 2024 auf 4.559, was eine Sterblichkeitsrate bei Männern von 830,8 Personen auf 100.000 ergibt und 859,5 auf 100.000 bei Frauen. Die Haupttodesursache im Jahr 2024 waren Erkrankungen des Kreislaufsystems, die 32,7% der weiblichen Bevölkerung und 27,8% der männlichen Bevölkerung betreffen. Die zweithäufigste Todesursache sind Krebserkrankungen, die 24% der weiblichen Bevölkerung und 27,2% der männlichen Bevölkerung betreffen

sowie bei den durch Atemwegserkrankungen verursachten Todesfällen lag der Anteil bei Männern mit 9,1 % höher als bei Frauen mit 7,2 %.

Die Indikatoren und Informationen über die Zusammensetzung der betreuungsberechtigten Bevölkerung sind im Jahresgesundheitsbericht enthalten, der von der Gesundheitsbeobachtungsstelle des Landes erstellt wird und unter folgendem Link abrufbar ist (<https://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheitsbeobachtung/default.asp>).

Lebenserwartung

Die Autonome Provinz Bozen wird im interregionalen Vergleich als das Gebiet mit der besten Lebenserwartung bei der Geburt und einem guten Gesundheitszustand eingestuft.

Regione	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni			
	2005	2010	2015	2023	2005	2010	2015	2023
Piemonte	80,6	81,6	82,1	83,0	19,2	20,0	20,2	20,8
Valle d'Aosta	79,7	81,3	81,1	83,2	19,1	19,8	19,9	21,2
Lombardia	80,9	82,0	82,8	83,8	19,4	20,1	20,5	21,4
PA Bolzano	81,3	82,7	83,2	84,2	19,9	20,8	21,2	21,9
PA Trento	81,4	82,5	83,5	84,6	20,0	20,7	21,2	22,2
Veneto	81,4	82,4	82,9	83,8	19,7	20,3	20,7	21,4
Friuli Venezia Giulia	80,6	81,8	82,4	83,4	19,4	20,1	20,5	21,2
Liguria	80,7	81,6	82,2	83,1	19,5	19,9	20,4	20,9
Emilia Romagna	81,3	82,3	82,9	83,6	19,8	20,4	20,7	21,3
Toscana	81,5	82,4	82,8	83,8	19,7	20,4	20,7	21,4
Umbria	81,1	82,3	82,9	83,7	19,5	20,5	20,8	21,4
Marche	82,1	82,8	83,0	83,9	20,3	20,8	20,9	21,5
Lazio	80,4	81,2	82,2	82,9	19,1	19,6	20,3	20,7
Abruzzo	81,1	81,6	82,3	83,0	19,5	20,1	20,5	20,8
Molise	80,6	81,6	82,1	82,3	19,3	20,3	20,4	20,6
Campania	79,1	80,0	80,5	81,3	18,1	18,8	19,0	19,6
Puglia	80,9	82,0	82,4	82,8	19,4	20,1	20,3	20,8
Basilicata	80,6	81,8	82,0	82,5	19,2	20,1	20,3	20,6
Calabria	80,5	81,5	81,9	81,9	19,1	20,0	20,1	20,2
Sicilia	80,0	80,8	81,3	81,6	18,6	19,3	19,6	19,9
Sardegna	80,6	81,8	82,2	82,5	19,6	20,5	20,7	20,9
Nord	81,0	82,1	82,7	83,6	19,5	20,2	20,5	21,3
Centro	81,1	81,9	82,6	83,4	19,5	20,1	20,5	21,1
Sud	80,1	81,1	81,6	82,1	18,8	19,6	19,8	20,3
ITALIA	80,7	81,7	82,3	83,0	19,3	20,0	20,3	20,9

Quelle: PRÄSENTATION DES OASI-BERICHTS 2025– Beobachtungsstelle für Unternehmen und des italienischen Gesundheitsdienstes.

ABSCHNITT 2 – WERTBEITRAG UND NUTZEN FÜR DIE GESELLSCHAFT, PERFORMANCE UND ANTIKORRUPTION

2.1 Wertbeitrag und Nutzen für die Gesellschaft

Der integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan führt das Konzept des öffentlichen Wertes ein und versteht darunter eine Verbesserung des allgemeinen wirtschaftlichen, sozialen, ökologischen und gesundheitlichen Wohlergehens der Adressaten der Strategien und der erbrachten Leistungen der öffentlichen Verwaltungen. Ein Unternehmen schafft Wertbeitrag und Nutzen für die Gesellschaft, sobald es in allen vorher genannten Bereichen des Wohlergehens eine Verbesserung im Vergleich zur Ausgangssituation erzielt.

Der öffentliche Wert des Südtiroler Sanitätsbetriebs bezieht sich auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung und dieser hat vielfach auch Auswirkungen auf das gesamte Wohlergehen der Bevölkerung.

Der Sanitätsbetrieb hat sich zum Ziel gesetzt, die Betreuung nach hohen Qualitätsstandards durch disziplinübergreifende Dienstleistungen und Leistungen, die genau auf die Bedürfnisse abgestimmt sind und die Prinzipien der Wirksamkeit, der Effizienz und der Angemessenheit, der Sicherheit, der Nachhaltigkeit, der Transparenz und dem organisatorischen Wohlbefinden berücksichtigen, um den Patienten den „best point of service“ und so wohnortnahe wie möglich bieten zu können, zu garantieren.

Wie in Artikel 6 des Gesetzesdekrets Nr. 80/2021 vorgesehen, mit dem der Integrierte Tätigkeits- und Organisationsplan eingeführt wird, wird der öffentliche Wert durch die folgenden vier Dimensionen verfolgt und erreicht:

1. Sicherstellung der Qualität der Betriebstätigkeit
2. Gewährleistung der Transparenz der Betriebstätigkeit
3. Verbesserung der Qualität der Dienstleistungen für die Bürger und Unternehmen
4. Konstante und fortschreitende Vereinfachung und Re-Engineering von Prozessen, auch in Bezug auf den Bürgerzugang.

Hierzu hält der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan die Ziele und Indikatoren, in denen die größte Verbesserung erreicht werden soll, fest. Die Hauptziele und -indikatoren sind im vorliegenden Dokument im Abschnitt Performance detailliert dargestellt.

2.2 Performance

2.2.1 Ziele zur Performance

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb entwickelt seinen Performancezyklus, indem er im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) die strategischen Ziele, die er sich für den Dreijahreszeitraum setzt, definiert und die er über das Jahrestätigkeitsprogramm und für das erste Jahr des Planungszeitraums bemisst und das Ergebnis bewertet.

2.2.1.1 Strategische mittel- und langfristige Ziele

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb bereitet jedes Jahr ein integriertes System zur strategischen Planung und zur mittelfristigen Planung vor, über das die eigenen strategischen Ziele und Tätigkeiten, die im Rahmen der mehrjährigen Planung zu verwirklichen sind, definiert werden.

Für den Zeitraum 2025 – 2027 hat sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb **5 strategische Ziele** gesetzt.

Im Folgenden werden die im Jahr 2025 zur Erreichung derselben gesetzten Maßnahmen und Tätigkeiten dargestellt:

1. Entwicklung des Krankenhaus-, Gebiets- und Verwaltungsinformationssystems mit Online-Diensten für externe und interne Nutzer.

Im Berichtszeitraum hat der Betrieb ein umfassendes und strukturiertes Programm zur digitalen Innovation umgesetzt, im Einklang mit der strategischen Planung 2023–2025 sowie mit den im Rahmen des PNRR vorgesehenen Maßnahmen. Ein zentrales Element dieses Transformationsprozesses war die Einführung des neuen betriebsweiten Krankenhaus- und Territorialen Informationssystems, das eine tiefgreifende Neugestaltung und Vereinheitlichung der klinisch-pflegerischen und administrativen Prozesse ermöglicht hat.

Im Laufe des Jahres 2025 wurde die Einführung der NGH-Suite weiter vorangetrieben, mit der Inbetriebnahme der wesentlichen Applikationsmodule – Notaufnahme, stationäre Aufnahme (ADT – Aufnahme, Verlegung und Entlassung), elektronische Anforderung von Leistungen, elektronische klinische Dokumentation für stationäre und ambulante Bereiche, OP-management sowie Vormerkung- und Terminverwaltungssysteme – in den Krankenhäusern der Gesundheitsbezirke Bozen und Meran. Gleichzeitig wurde die schrittweise Ausdehnung auf die Standorte Brixen, Sterzing und Schlanders fortgesetzt. Diese Maßnahmen haben zur Konsolidierung des neuen Krankenhausinformationssystems in den wichtigsten Krankenhausstandorten beigetragen und die Grundlage für eine betriebsweit einheitliche Systemlandschaft geschaffen, mit positiven Effekten hinsichtlich Datenintegration, Nachvollziehbarkeit klinischer Abläufe und Unterstützung der Entscheidungsprozesse.

Parallel dazu wurden im Jahr 2025 wesentliche Weiterentwicklungen der Elektronischen Gesundheitsakte umgesetzt, entsprechend den nationalen rechtlichen Vorgaben. Die Maßnahmen betrafen insbesondere die Stärkung des Schutzes sensibler Daten durch die strukturierte Verwaltung der Dokumentenverdeckung sowie die Weiterentwicklung der Dokumentenindizierung, um die Einhaltung der ministeriellen Indikatoren sicherzustellen und die vollständige Übereinstimmung mit den nationalen Zielvorgaben für den Monitoring-Zyklus 2026 zu gewährleisten. Im Laufe des Jahres 2025 hat der Betrieb mehrere Maßnahmen ergriffen, die darauf abzielen, den Anteil der Bürgerinnen und Bürger zu erhöhen, die ihre Einwilligung zur Einsichtnahme in ihre klinischen Dokumente durch Ärztinnen und Ärzte sowie durch das Personal des öffentlichen Gesundheitsdienstes für die im Ministerialdekret vom 7. September 2023 vorgesehenen Zwecke erteilt haben. Diese Maßnahmen sind Teil eines umfassenderen Entwicklungs- und Förderprozesses der elektronischen Gesundheitsakte, mit dem Ziel, die Kontinuität der Versorgung zu verbessern und die Wirksamkeit der Behandlungspfade zu steigern. Die Entwicklung des Indikators zur Einwilligung in die Einsichtnahme, der im nationalen Monitoring-Dashboard des Departments für digitale Transformation („I numeri del Fascicolo“) veröffentlicht ist, zeigt im betrachteten Zeitraum eine positive Tendenz. Insbesondere ist in Südtirol ein deutlicher Anstieg von 29% im November 2024 auf 39% im Juni 2025 und schließlich auf 48% im Februar 2026 zu verzeichnen. Der Vergleich mit dem nationalen Durchschnitt – 42% im November 2024, 43% im Juni 2025 und 45% im Februar 2026 – verdeutlicht, dass der Landeswert nach einem anfänglichen Rückstand kontinuierlich aufgeholt und in der letzten verfügbaren Erhebung den nationalen Durchschnitt übertroffen hat. Diese Entwicklung belegt die Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen und bestätigt eine zunehmende Sensibilisierung der Bevölkerung für die Bedeutung der

gemeinsamen Nutzung klinischer Daten als wesentliche Voraussetzung für eine integrierte Versorgung sowie für eine effizientere Nutzung digitaler Instrumente im Gesundheitswesen.

Ein weiterer strategischer Schwerpunkt lag in der Umsetzung der PNRR-Maßnahmen zur Reorganisation der territorialen Versorgung. Im Berichtsjahr wurde die betriebsweite TelemedizinKomponente erfolgreich im Rahmen der Nationalen Telemedizinplattform akkreditiert und die Integration zwischen der landesweiten und der staatlichen Telemedizininfrastruktur abgeschlossen. Gleichzeitig wurde das neue Informationssystem für die integrierte häusliche Pflege in Betrieb genommen und der Einsatz der Systeme der Territorialen Einsatzzentralen auf zusätzliche Versorgungssettings, darunter Übergangspflegebetten und vertragsgebundene Einrichtungen, ausgeweitet. Darüber hinaus wurden die IT-Unterstützungsmaßnahmen für die neuen territorialen Strukturen gemäß DM 77 vom 23. Mai 2022 vorangetrieben, insbesondere im Hinblick auf die Integration der diagnostisch-therapeutische Betreuungspfade in der Elektronischen Gesundheitsakte sowie auf die Bereitstellung der WLAN-Infrastruktur in den Gemeinschaftshäusern. In diesem Zusammenhang sind auch die vorbereitenden Tätigkeiten zur Aktivierung der Leitstelle 116117 einzuordnen, einschließlich der Auswahl der technologischen Lösung und der notwendigen interdisziplinären Abstimmung zur bedarfsgerechten Konfiguration der Systeme.

Zudem wurde 2025 das Projekt zur Integration der Landes-Versichertenstammdatenbank mit dem neuen Nationalen Versichertenregister weitergeführt, entsprechend den vom Gesundheitsministerium und vom Ministerium für Wirtschaft und Finanzen vorgegebenen Zeitplänen. Die vorgesehenen Testläufe, einschließlich der Massendatenverarbeitungen, wurden durchgeführt, um die Qualität und Konsistenz der bestehenden Stammdaten sicherzustellen.

Von besonderer Bedeutung waren auch die Weiterentwicklungen der Informationssysteme zur dematerialisierten Verwaltung der pharmazeutischen und fachärztlichen Verschreibungen. Einerseits wurde das Annahmesystem des Landes durch zusätzliche Prüfmechanismen und erhöhte Sicherheitsstandards für die Kommunikation mit den zentralen Systemen weiter ausgebaut, andererseits wurde die Migration auf das neue betriebsweite Verschreibungssystem ePrescribe abgeschlossen. Dadurch konnte die Verwaltung der unterschiedlichen Verschreibungsarten auf einer einzigen Plattform gebündelt werden. Parallel dazu wurde ein Revisionsprozess der Abläufe für die Direktverteilung von Arzneimitteln eingeleitet, dessen Umsetzung für das Jahr 2026 vorgesehen ist.

Im Bereich der Wartelisten wurden die Systeme der Einheitlichen Landesvormerkzentrale und die zugehörige Business-Intelligence-Plattform an die neuen Wesentlichen Betreuungsstandards angepasst und mit dem Landes-Annahmesystem sowie der Elektronischen Gesundheitsakte integriert. Dies ermöglichte eine höhere Datenqualität und -vollständigkeit sowie eine verbesserte Auswertbarkeit. Gleichzeitig wurde die Lösung zur Anbindung an die Nationale Wartelistenplattform produktiv gesetzt. Abschließend wurden im Jahr 2025 die im Rahmen des PNRR finanzierten Maßnahmen zur Migration in die Cloud erfolgreich abgeschlossen, mit positivem Ergebnis der formellen Überprüfung für kritische und nicht kritische Dienste. Parallel dazu wurde die Cybersicherheitsarchitektur des Betriebes weiter gestärkt, durch die Ausarbeitung zentraler Richtlinien und Verfahren sowie durch die Inbetriebnahme der vorgesehenen technischen Schutzmaßnahmen.

In ihrer Gesamtheit haben diese Maßnahmen wesentlich dazu beigetragen, die zentralen Herausforderungen der digitalen Modernisierung zu bewältigen, die Betriebskontinuität sicherzustellen, die Übereinstimmung mit den nationalen Standards zu gewährleisten und die Weiterentwicklung der

organisatorischen und versorgungsbezogenen Modelle im Sinne der Reform des Gesundheitswesens nachhaltig zu unterstützen.

2. Verwaltung der Wartezeiten

Im Laufe des Jahres 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb, den im vorangegangenen Biennium eingeleiteten Konsolidierungsprozess des Governance-Systems für die Wartezeiten maßgeblich weiterentwickelt und erweitert. Dieses Jahr war von einer Beschleunigung der operativen Tätigkeiten sowie einer zunehmenden Integration zwischen Monitoring, Steuerung der Nachfrage, Ausbau des Leistungsangebots und Kooperationsstrategien sowohl intern als auch extern geprägt. In einem Kontext steigender Nachfrage bestand die Hauptaufgabe darin, angemessene Zugangsniveaus sicherzustellen und gleichzeitig organisatorische Einheitlichkeit und die Qualität der Leistungen zu gewährleisten.

Ein zentrales Element des Jahres 2025 war die volle operative Tätigkeit der betriebsweiten Task Force für die Steuerung der Wartezeiten, die im November 2024 eingerichtet wurde. Die Arbeitsgruppe überwachte kontinuierlich die Indikatoren zu den ambulanten Leistungen und schlug gezielte Maßnahmen sowohl auf der Nachfrageseite als auch auf der Angebotsseite vor. Die Ergebnisse der Task Force wurden zudem in institutionalisierten Austauschmomenten mit der Zentralen Einheit zur Verwaltung der Wartezeiten und Wartelisten berichtet und geteilt, wodurch ein mehrstufiges Governance-Modell gestärkt wurde, das strategische Planung und operative Führung erfolgreich verbindet.

Im Bereich des Monitorings kam es 2025 zu einer Intensivierung der Aktivitäten der Landesvormerkzentrale, die weiterhin die Wartezeiten gemäß den Vorgaben des gültigen staatlichen Plans zur Eindämmung der Wartelisten erhob und analysierte. Die Ergebnisse wurden monatlich an die Direktionen der Gesundheitsbezirke übermittelt und ermöglichten so eine kontinuierliche Überwachung und Steuerung der Situation und ein rasches Eingreifen bei neu auftretenden kritischen Punkten. Trotz anhaltender Schwierigkeiten in einigen Fachbereichen zeigte der Angebotsindex eine allgemeine Verbesserung im Vergleich zu den Vorjahren. Beispielhaft lässt sich festhalten, dass unter den Erstvisiten und den diagnostisch-instrumentellen Leistungen der Prioritätsklasse B der Angebotsindex für die Schilddrüsenultraschalluntersuchung zwischen 2023 und 2025 von 58% auf 100% gestiegen ist, jener für die Erstvisite in der Dermatologie von 41% auf 97% sowie jener für die neurologische Erstvisite von 51% auf 95%.

In besonders sensiblen Fachrichtungen wie Neurochirurgie, Urologie, Schmerzmedizin, Kardiologie und Hals Nasen Ohren-Heilkunde führte jedoch der Anstieg der Nachfrage zu einer Verschlechterung der Leistungsindikatoren, die durch die begrenzte Verfügbarkeit an Fachpersonal zusätzlich erschwert wurde.

Parallel dazu wurde 2025 ein spezielles Monitoring der Aussetzung von Leistungsaktivitäten und der nicht immer den Betriebsrichtlinien entsprechenden Vormerkmodalitäten eingeführt. Diese gemäß Nationalem Plan zur Eindämmung der Wartelisten vorgesehene Tätigkeit trug dazu bei, die Transparenz der Prozesse zu erhöhen und einen einheitlicheren Zugang zu den Leistungen sicherzustellen.

Ein wesentlicher Interventionsbereich war die Steuerung der Nachfrage. Im Jahr 2025 führte der Sanitätsbetrieb Analysen zu den Verschreibungsraten der Hausärzte für bestimmte besonders kritische Leistungen – wie Dermatologie, Gastroenterologie und Magnetresonanzen – durch. Ziel war es, mögliche „Überschreibungen“ zu identifizieren und einen konstruktiven Austausch mit der Vernetzten Gruppenmedizin (VGM) und den Fachärzten zu fördern. Diese Analysen verbesserten das

klinische Bewusstsein und eine präzisere Zuordnung der Prioritätsklassen. Darüber hinaus begann der Sanitätsbetrieb mit der Entwicklung einer Healthcare Analytics Plattform zur automatisierten Bewertung der Verschreibungsangemessenheit, in Bezug auf die aktualisierten Kriterien zu den homogenen Warteliste-Gruppen und dem Inkrafttreten des neuen Wesentlichen Betreuungsstandards (WBS) Tarifverzeichnisses. Parallel dazu wurden direkte Kommunikationskanäle zwischen Hausärzten und Fachärzten institutionalisiert, um einen zeitnahen Austausch bei unklaren Fällen zu ermöglichen und unnötige Überweisungen zur spezialisierten Versorgung zu vermeiden.

Im Jahr 2025 kam dem Ausbau des Angebots eine besondere Bedeutung zu. Der Sanitätsbetrieb erarbeitete den ambulanten Leistungsbedarf für den Zeitraum 2025–2028, basierend auf Verwaltungsdaten, passiver Mobilität, Wartezeiten und Prognosemodellen. Gleichzeitig wurden den klinischen Verantwortlichen quantitative Produktionsziele zugewiesen, mit besonders positiven Ergebnissen: Von 187 für 2025 vorgesehenen Zielen erreichten 165 ein Erfüllungsniveau von mindestens 90%. Dieser Wert zeigt den Einsatz der betrieblichen Strukturen, ein Leistungsangebot sicherzustellen, das mit den Bedürfnissen der Bevölkerung übereinstimmt.

Für einige Fachbereiche wurde 2025 zudem eine neue Methode zur Festlegung der Ziele eingeführt, die stärker an die reale Produktionskapazität der Ambulatorien und die Verfügbarkeit des Personals angepasst ist. Parallel dazu begann der Sanitätsbetrieb einen innovativen Prozess zur Definition der Einkaufsstrategie für Leistungen akkreditierter privater Partner, der in zwei Phasen gegliedert war. Die erste Phase, veröffentlicht im Juli 2025, betraf diejenigen Fachbereiche, die in Bezug auf Wartezeiten kritisch waren, zeigte jedoch für einige Fachbereiche – wie Dermatologie – vonseiten der privaten akkreditierten Leistungserbringer ein unzureichendes Angebot. Die zweite Phase, die im September 2025 mit einem „hybriden“ Modell gestartet wurde, verknüpfte die Zuweisung der besonders rentablen Leistungen mit der gleichzeitigen Verfügbarkeit von Leistungen in den Bereichen mit Engpässen. Dadurch konnte das Angebot privater Anbieter auch in den für diese weniger rentablen und attraktiven fachärztlichen Bereichen wirksam integriert werden, insbesondere im Bereich der dermatologischen Erstvisiten und der Endoskopien.

Schließlich war 2025 durch einen deutlichen Ausbau der zusätzlichen Leistungen geprägt, die an Feiertagen, Wochenenden und außerhalb der regulären Arbeitszeiten erbracht wurden. Die Aktivitäten betrafen zahlreiche Fachbereiche, sowohl im ambulanten als auch im chirurgischen Bereich sowie beim Screening. Im Bereich der Ambulatorien wurden 43% der zusätzlichen Leistungen samstags oder nach 17 Uhr erbracht, mit einem deutlichen Anstieg gegenüber 2024; im chirurgischen Bereich wurden 90% der zusätzlichen Aktivitäten an Wochenenden oder nach 16 Uhr durchgeführt – ein Niveau wie 2024, jedoch bei höheren Gesamtvolumen.

Abschließend stellt das Jahr 2025 eine Phase der Stärkung und Reifung des vom Sanitätsbetrieb eingeschlagenen Weges zur Bewältigung der komplexen Herausforderung der Wartezeiten dar. Dank einer strukturierten Governance, kontinuierlichem Monitoring, gezielten Maßnahmen zur Verschreibungsangemessenheit, einem ausgebauten Leistungsangebot und innovativen Beschaffungsstrategien wurden entscheidende Fortschritte hin zu einem moderneren, integrierten System erzielt, das in der Lage ist, wirksam auf die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger zu reagieren.

3. Ausbau der wohnortnahen Versorgung gemäß dem Nationalem Wiederaufbau- und Resilienzplan (Piano nazionale di recupero e resilienza PNRR)

Die wohnortnahe Versorgung stellt ein zentrales Ziel der Reorganisation des Südtiroler Gesundheitssystems dar und fungiert als erste Anlaufstelle für Prävention, Behandlung und Pflege. Ihre Bedeutung hat insbesondere in den Jahren nach der Pandemie deutlich zugenommen. Ausschlaggebend dafür sind tiefgreifende sozio-demografische und epidemiologische Veränderungen, der zunehmende Digitalisierungsbedarf, der Mangel an Fachpersonal sowie die Notwendigkeit einer stärkeren Integration von Gesundheits- und Sozialdiensten. Ziel ist es, eine qualitativ hochwertige, kontinuierliche und bedarfsgerechte Betreuung möglichst nahe am Wohnort der Bevölkerung sicherzustellen.

Mit dem Nationalen Wiederaufbau- und Resilienzplan (PNRR) sowie dem Ministerialdekret 77/2022 wurden auf staatlicher Ebene neue Standards, Strukturen und Organisationsmodelle für die wohnortnahe Versorgung eingeführt. Diese Vorgaben wurden von der Autonomen Provinz Bozen durch mehrere Landesbeschlüsse übernommen, konkretisiert und an die lokalen Gegebenheiten angepasst. Auf dieser Grundlage genehmigte der Südtiroler Sanitätsbetrieb mit Betriebsbeschluss Nr. 1079 vom 04.11.2025 den Plan für die wohnortnahen Tätigkeiten (PWT) 2025–2027, der als zentrales Steuerungsinstrument dient. Der Plan definiert strategische und operative Ziele, Maßnahmen, Zeitpläne sowie Überwachungsmechanismen und wird jährlich rollierend aktualisiert.

Im Jahr 2025 konzentrierten sich die Arbeiten im Bereich der wohnortnahen Versorgung auf mehrere thematischen Schwerpunkte, die im Folgenden detailliert dargestellt werden.

Leitstelle 116117

Die europaweit harmonisierte Rufnummer 116117 ist ein kostenloser Telefondienst für nicht dringende medizinische Anfragen und rund um die Uhr erreichbar. Ziel der Leitstelle ist es, den Zugang zu territorialen Gesundheitsdiensten zu erleichtern, die Betreuungskontinuität zu sichern und die Notrufnummer 112 durch eine gezielte Steuerung der Anfragen zu entlasten. Bürgerinnen und Bürger erhalten medizinische Beratung, Informationen zu Versorgungswegen und werden bei Bedarf an zuständige Dienste weitergeleitet. In Notfällen erfolgt eine direkte Weiterleitung an die Notrufnummer 112.

Die Einführung der Nummer basiert auf einer EU-Entscheidung und wurde in Italien durch Vereinbarungen zwischen Staat und Regionen umgesetzt. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb erarbeitete im Herbst 2025 ein Projektpapier zur Aktivierung der Leitstelle, das mit dem zuständigen Assessorat abgestimmt und vom Gesundheitsministerium positiv bewertet wurde. Darauf aufbauend laufen die Projektarbeiten, darunter die Personalrekrutierung und -einschulung, die technische Einrichtung, die Digitalisierung und Vernetzung mit bestehenden Diensten sowie Informationskampagnen. Ziel ist es, im Jahr 2026 einen Testbetrieb im Gesundheitsbezirk Bozen zu starten.

Wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE)

Die Wohnortnahe Einsatzzentrale (WONE) wurde im Ministerialdekret 77/2022 als zentrale Struktur zur Koordinierung der Patientenbetreuung und zur Integration von Gesundheits-, Sozial- und Pflegediensten festgelegt. Sie ist in allen Versorgungssettings tätig, einschließlich der häuslichen, ambulanten, stationären und intermediären Versorgung. Ziel der WONE ist es, Betreuungskontinuität sicherzustellen, den Zugang zu Leistungen zu verbessern und die Zusammenarbeit zwischen Fachkräften und Versorgungsebenen zu fördern.

Zu den aktuellen Hauptaufgaben der WONE zählen die Koordinierung der Patientenübernahme zwischen Diensten, die Organisation geschützter Entlassungen aus Krankenhäusern, die Verwaltung von Verlegungen sowie die logistische und informative Unterstützung von Fachkräften. Zudem unterstützt die WONE das Palliativnetzwerk im Rahmen der häuslichen Palliativversorgung.

In Bozen wurde eine Zusammenarbeit zwischen der WONE und der Anlaufstelle für Pflege und Betreuung (SUAC) etabliert, die künftig auch auf andere Gesundheitssprengel und Bezirke ausgeweitet werden soll. Parallel dazu befindet sich die Zusammenarbeit mit den Notaufnahmen in Bozen und Meran in der Erprobungsphase. Perspektivisch wird die WONE zudem auch über Betten für die Intermediärbetreuung verfügen, einschließlich vertraglich gebundener Betten, die sich in bestimmten akkreditierten privaten Pflegeeinrichtungen befinden. Sie wird sich mit der Leitstelle 116117 und den Gemeinschaftshäusern vernetzen und Aufgaben im Bereich der Telemedizin übernehmen.

Integrierte Hausbetreuung (IHB), multidimensionale Einschätzung und wohnortnahe Rehabilitation

Die Integrierte Hausbetreuung (IHB) wurde in den vergangenen Jahren schrittweise ausgebaut, insbesondere für Menschen über 65 Jahre. Ziel ist es, eine kontinuierliche und koordinierte Betreuung im häuslichen Umfeld sicherzustellen. Die Entwicklung der Betreuungsfälle zeigt einen kontinuierlichen Anstieg, wobei für das Jahr 2025 die Zielwerte erreicht wurden.

Zur IHB zählen verschiedene Betreuungsformen, darunter die integrierte Hausbetreuung, die Hauskrankenpflege, die häusliche Palliativversorgung, die programmierte Hausbetreuung sowie spezialisierte Angebote wie die respiratorische Betreuung. Ergänzend dazu wurde das Konzept der multidimensionalen Einschätzung (UVM) als zentrales Instrument für eine ganzheitliche, integrierte Versorgung eingeführt. Die UVM dient der strukturierten Bewertung gesundheitlicher, sozialer und pflegerischer Bedürfnisse bei komplexen Fällen und ermöglicht die Erstellung eines individuellen Betreuungsprojekts unter Einbeziehung von Patientinnen, Patienten und Angehörigen.

Im Jahr 2025 wurde die UVM in mehreren Gesundheitssprengeln pilotiert. Nach einer Evaluationsphase ist ab 2026 eine Ausweitung auf weitere Sprengel vorgesehen. Die UVM wird von einem multiprofessionellen Team durchgeführt und trägt zur besseren Koordination und Vermeidung von Versorgungsfragmentierung bei.

Parallel dazu wurde die wohnortnahe Rehabilitation im Rahmen der IHB weiterentwickelt. Ziel dieses Angebots ist es, durch gezielte rehabilitative Maßnahmen im häuslichen Umfeld die Selbstständigkeit von Patientinnen, Patienten und pflegenden Angehörigen zu stärken. Die Umsetzung erfolgt in enger Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Diensten und wurde 2025 weiter ausgedehnt.

Palliativversorgung

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat den Ausbau der Palliativversorgung für Erwachsene und Kinder in allen Versorgungssettings systematisch vorangetrieben. Ziel ist es, die staatlichen und landesweiten Standards zu erfüllen und eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Die Koordinierung erfolgt über eine landesweite Koordinierungsgruppe, die jährlich den Plan zur Weiterentwicklung des Netzwerks aktualisiert.

Im Erwachsenenbereich bestehen mittlerweile mehrere spezialisierte Strukturen, darunter häusliche Palliativdienste, Hospize mit stationären Betten sowie ambulante Angebote in allen Bezirken. Auch im pädiatrischen Bereich wurden spezifische Strukturen geschaffen, darunter ein landesweites Referenzzentrum. Weitere Hospizeinheiten befinden sich in Vorbereitung, ebenso Maßnahmen zur Verbesserung des IT-Supports und zur Einführung von 24-Stunden-Bereitschaftsdiensten.

Gemeinschaftskrankenhäuser, Gemeinschaftshäuser und Community Building

Auf Grundlage der staatlichen und landesweiten Standards wurde ein Bedarf an Intermediärbetten ermittelt. In den letzten Jahren wurden umfangreiche Planungsarbeiten zur Aktivierung von Gemeinschaftskrankenhäusern durchgeführt, die schrittweise in verschiedenen Standorten realisiert

werden. Ergänzend dazu wurden zusätzliche Intermediärbetten in privaten, vertragsgebundenen Einrichtungen aktiviert.

Parallel dazu wurden im Rahmen des PNRR die Planungen für Gemeinschaftshäuser nach dem HUB-&-SPOKE-Modell vorangetrieben. Diese Strukturen sollen eine integrierte Versorgung ermöglichen und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Diensten fördern. Die Aktivierung der Gemeinschaftshäuser erfolgt gestaffelt in mehreren Bezirken.

Ein zentrales Ziel des Ministerialdekrets 77/2022 ist die aktive Einbindung der Gemeinschaft. Zu diesem Zweck wurde ein dreijähriges Pilotprojekt im Gesundheitsbezirk Unterland gestartet, das auf die Stärkung des territorialen Netzwerks zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten sowie der Zivilgesellschaft abzielt. Ziel ist die Entwicklung eines partizipativen und integrierten Versorgungsmodells.

Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege (FuGKP)

Die Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege stellt eine strategische Säule der wohnortnahen Versorgung dar. Im Südtiroler Sanitätsbetrieb wird die häusliche Krankenpflege durch ein flächendeckendes Netzwerk gewährleistet, das sich zunehmend zu einem familienzentrierten Modell weiterentwickelt. Dieses orientiert sich an internationalen pflegewissenschaftlichen Konzepten und zielt darauf ab, die Gesundheit, Selbstständigkeit und Lebensqualität von Patientinnen, Patienten und ihren Familien zu fördern.

Ein zentraler Bestandteil ist die berufsbegleitende Spezialisierung von Pflegefachkräften, die in mehreren Auflagen durchgeführt wird. Das Pilotprojekt zur Implementierung der familienzentrierten Pflege wurde schrittweise auf alle Gesundheitssprengel ausgeweitet und soll bis 2027 flächendeckend etabliert sein.

Ergänzend dazu wird ein proaktiver Ansatz entwickelt, der auf frühzeitige Hausbesuche bei älteren Menschen abzielt, um Risiken frühzeitig zu erkennen und den Zugang zu Unterstützungsangeboten zu erleichtern. Zudem wird die Einführung der familienzentrierten Pflege im Bereich der Mutter-Kind-Betreuung vorbereitet.

Familienberatung

Familienberatungsstellen sind multidisziplinäre Dienste zur Gesundheitsförderung und Prävention und bieten kostenlose Beratung zu einer Vielzahl von sozialen, psychologischen und rechtlichen Themen. Auf Grundlage neuer gesetzlicher Vorgaben wurde der Südtiroler Sanitätsbetrieb mit der Reorganisation dieser Dienste betraut.

Ziel der Neuorganisation ist eine bedarfsgerechte, flächendeckende Versorgung, die stärkere Vernetzung öffentlicher und privater Beratungsstellen sowie deren Integration in die Gesundheits- und Sozialpolitik. Die Strukturierung erfolgt nach dem HUB-&-SPOKE-Modell, begleitet von der Einführung einheitlicher Softwarelösungen zur Verbesserung der Datenqualität und der Koordination auf Betriebs- und Bezirksebene.

Telemedizin

Telemedizin wird im Ministerialdekret 77/2022 als strategisches Instrument zur Sicherstellung der Versorgungskontinuität anerkannt. Sie umfasst verschiedene Anwendungsformen, darunter telemedizinische Visiten, Beratungen, Beobachtungen und Rehabilitation. Zur Umsetzung der im PNRR festgelegten Ziele wurde ein Organisationsmodell entwickelt, das den schrittweisen Ausbau der telemedizinischen Leistungen vorsieht.

Die IT-Plattform wurde bereits eingerichtet. Für die Jahre 2025 und 2026 liegen noch keine endgültigen Daten vor, Schätzungen zufolge sollen die Zielvorgaben jedoch erreicht werden.

Informationssysteme und Datenflüsse

Alle wohnortnahen Funktionseinheiten müssen über digitale Systeme verfügen, die den nationalen Standards entsprechen und in die elektronische Gesundheitsakte integriert sind. In den letzten Jahren wurden mehrere IT-Systeme aktiviert, die unterschiedliche Versorgungsbereiche unterstützen.

Herausforderungen bestehen weiterhin in der technischen Infrastruktur, insbesondere hinsichtlich der Internet- und WLAN-Versorgung in den Gesundheitssprengeln. Parallel dazu laufen die Arbeiten zur Aktivierung neuer ministerieller Datenflüsse, die eine bessere Steuerung und Transparenz ermöglichen sollen.

Berufliche Entwicklung und Change-Management

Die Umsetzung des PNRR und des Ministerialdekrets 77/2022 erfordert einen tiefgreifenden kulturellen und organisatorischen Wandel. Kontinuierliche Weiterbildung und gezieltes Change Management sind daher zentrale Erfolgsfaktoren. Der Südtiroler Sanitätsbetrieb setzt auf eine Vielzahl begleitender Maßnahmen, darunter jährliche Informationsveranstaltungen, spezifische Schulungen für chronische Erkrankungen, die Weiterentwicklung der Familien- und Gemeinschaftskrankenpflege, die Einführung der multidimensionalen Einschätzung sowie Projekte im Bereich Community Building.

Diese Maßnahmen zielen darauf ab, Fachkräfte auf neue Anforderungen vorzubereiten, die interprofessionelle Zusammenarbeit zu stärken und eine integrierte Versorgungsvision nachhaltig zu verankern.

4. Betriebsweite Vernetzung der 7 Krankenhäuser in der Verwaltung der Patientenflüsse und Etablierung von Referenzzentren

Im Laufe des Jahres 2025 wurde die Vernetzung der sieben öffentlichen Krankenhäuser des Südtiroler Sanitätsbetriebes schrittweise umgesetzt. Dies erfolgte durch die Einführung und Konsolidierung verbindlicher organisatorischer Kooperationsformen, die nach Fachbereichen strukturiert sind, sowie durch die Schaffung gemeinsamer klinischer Behandlungspfade zwischen operativen Einheiten verschiedener Gesundheitsbezirke. Dieser Ansatz hat es ermöglicht, die klinisch-pflegerische Koordination zwischen den Einrichtungen zu stärken, die Entwicklung einheitlicher und homogener Versorgungsantworten der beteiligten operativen Einheiten zu fördern und den Aufbau professioneller Netzwerke zu unterstützen, die auf der gemeinsamen Anwendung evidenzbasierter, homogener klinischer Praktiken innerhalb eines gemeinsamen organisatorischen Rahmens beruhen.

Die Aktivitäten wurden in enger Abstimmung mit der Unternehmensleitung und auf der Grundlage koordinierter Vereinbarungen mit den Gesundheitsbezirken umgesetzt, wodurch eine strategische und operative Ausrichtung auf Unternehmensebene gewährleistet wurde. In diesem Kontext wurde mit der Festlegung von Prioritäten für die diagnostisch-therapeutischen Behandlungspfade begonnen, die sich an zentralen Leistungsindikatoren sowie an international anerkannten Leitlinien orientiert.

Die Umsetzung der verbindlichen Kooperationsformen hat zu einer effizienteren und wirksameren Nutzung der auf dem gesamten Unternehmensgebiet verfügbaren strukturellen, personellen und finanziellen Ressourcen beigetragen. Besonderes Augenmerk wurde auf die Organisation der Patientenströme zwischen peripheren Einrichtungen und Referenzzentren – und umgekehrt – gelegt, unter Berücksichtigung der Klassifizierung der Leistungen nach Volumen und Komplexität.

Diese Reorganisation erforderte die Entwicklung und Stärkung von Versorgungspfaden sowie – für bestimmte klinische Bereiche – auch interdisziplinärer Behandlungspfade und schuf damit die Voraussetzungen für eine stärkere Integration der Leistungen, eine Verbesserung der Versorgungsangemessenheit und eine ausgewogenere Verteilung des Gesundheitsangebots auf Unternehmensebene.

Nachstehend werden die wichtigsten im Jahr 2025 umgesetzten Maßnahmen und Aktivitäten dargestellt:

Patientenströme – Bereich Orthopädie und Neurochirurgie

Im Laufe des Jahres 2025 wurde ein strukturiertes Kooperationsmodell zwischen den orthopädischen Einrichtungen definiert und schrittweise umgesetzt, mit dem Ziel, die Nutzung der Operationssäle zu optimieren und die Wartezeiten für chirurgische Eingriffe – insbesondere im Bereich der Endoprothetik – zu verkürzen. Dieses Modell fand eine konkrete Umsetzung durch gemeinsam abgestimmte operative Lösungen zwischen den Krankenhäusern Bozen, Innichen und Bruneck, die auf einer interinstitutionellen Koordination sowie auf einheitlichen klinisch-pflegerischen Kriterien beruhen.

In diesem Zusammenhang begannen die Operationsteams, ihre chirurgische Tätigkeit auch an anderen Standorten als dem jeweiligen Stammsitz auszuüben. Insbesondere führten die Orthopäden des Krankenhauses Bozen operative Eingriffe in den Krankenhäusern Innichen und Bruneck durch und nutzten die dort zur Verfügung stehenden operativen Ressourcen. Parallel dazu wurden Patienten, die für chirurgische Eingriffe in Bozen vorgesehen waren und aufgrund eingeschränkter operativer Kapazitäten nicht innerhalb angemessener Fristen behandelt werden konnten, nach entsprechender Aufklärung und Einwilligung an die Standorte Bruneck oder Innichen überwiesen.

Abschließend wurden die organisatorischen Vorbereitungsarbeiten zur Aktivierung eines eigenen Behandlungspfades für die chirurgische Versorgung von Wirbelsäulenerkrankungen im Bereich der Neurochirurgie am Krankenhaus Bruneck abgeschlossen; die Planung der ersten Eingriffe befindet sich derzeit in der Definitionsphase.

Klinische Netzwerke und fachspezifische Behandlungspfade

- Zeitabhängige Versorgungsnetzwerke

Im Bereich der zeitkritischen Erkrankungen wurde auf Grundlage der PDTA für Schlaganfall, Polytrauma und Myokardinfarkt die Weiterentwicklung und Konsolidierung der konkreten Umsetzung der entsprechenden Versorgungspfade fortgeführt. Insbesondere in der Schlaganfalltherapie wird im Sinne der wohnortnahen Versorgung und der Gleichheit des Zugangs zur Behandlung ein dezentralisiertes Behandlungsmodell für ausgewählte Fälle verfolgt, wobei gleichzeitig klinische Angemessenheit und Versorgungssicherheit gewährleistet werden.

Parallel dazu wurden im Rahmen der Organisationsform mit verbindlicher Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie und Geburtshilfe, welche neu errichtet wurde, neue und verbesserte Verfahren entlang des Versorgungspfades „rund um die Geburt“ erarbeitet, mit besonderem Augenmerk auf Risikoschwangerschaften und den In-utero-Transport. Ziel ist die kontinuierliche Verbesserung der Versorgungsqualität sowie die Reduktion maternalen und fetalen Komplikationsrisiken.

- Prostatakarzinom

Die Entwicklung eines spezifischen diagnostisch-therapeutischen Behandlungspfades für das Prostatakarzinom wurde in Zusammenarbeit mit allen beteiligten Diensten eingeleitet. Zudem wurde der Bedarf an diagnostischen Leistungen unter Angabe der jeweiligen Erbringungszeiten definiert, und das Leistungsangebot wurde entsprechend angepasst.

- Labornetzwerk

Das Projekt „ONE LAB – zentraler Standort für die Labore des Südtiroler Sanitätsbetriebes (Bereich Mikrobiologie und Virologie)“ wurde abgeschlossen. Die funktionalen und strukturellen Anforderungen für die Realisierung einer gemeinsamen Homepage der acht Unternehmenslabore wurden definiert.

- Doppeldiagnose – Psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen

Das ursprünglich für den Gesundheitsbezirk Meran entwickelte Kooperationsprotokoll zur Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Doppeldiagnose im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen wurde auf Unternehmensebene genehmigt und umgesetzt und auf den gesamten Sanitätsbetrieb ausgeweitet, unter Einbeziehung auch der Notaufnahmen und der Abteilungen für Innere Medizin.

Unternehmensweite Protokolle zur Koordination der Leistungen für Patientinnen und Patienten mit psychiatrischer Doppeldiagnose und Abhängigkeitserkrankungen wurden ausgearbeitet, einschließlich der Erstellung einer gemeinsamen Unternehmensverfahrensanweisung, deren Genehmigung, der Festlegung des Umsetzungsplans sowie der operativen Implementierung in den verschiedenen Unternehmensrealitäten.

- Pfad LILLA – Ess- und Ernährungsstörungen

Der Pfad LILLA, der der Betreuung von Personen mit Essstörungen dient, die die unternehmenseigenen Notaufnahmen aufsuchen, wurde den Ärztinnen und Ärzten sowie der Bevölkerung über verschiedene Informationskanäle und gezielte Schulungen in Zusammenarbeit mit INFES/Forum Prävention umfassend kommuniziert. Zudem wurde ein Informationsdokument für die betroffenen Primarärztinnen und -ärzte erstellt. Die Kriterien für stationäre Aufnahmen und Krankenhausverlegungen wurden in den einzelnen Krankenhäusern definiert und in den Notaufnahmen anwendbar gemacht.

- Vereinheitlichung der Prozesse der ambulanten Rehabilitation

Auf Unternehmensebene wurde ein einheitlicher Prozess für Zuweisung, Zugang und Dokumentation ambulanter Rehabilitationsleistungen sowohl für Erwachsene als auch für Kinder und Jugendliche definiert. Die Verfahrensweise wurde ausgearbeitet, mit der Sanitätsdirektion und der Pflegedirektion abgestimmt und anschließend validiert. Festgelegt wurden das Format der dematerialisierten Zuweisung, die therapeutischen RAO-Kriterien, die Fachrichtungen der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte sowie ein IT-gestütztes Reportingsystem in Zusammenarbeit mit der unternehmenseigenen IT-Abteilung und der Firma GPI.

Parallel dazu erarbeitete eine bezirksübergreifende Arbeitsgruppe operative Leitlinien für das Management der Wartelisten in der Physiotherapie und erreichte eine weitgehende Harmonisierung der Aufnahmeverfahren, eine stärkere Vereinheitlichung der Dokumentation sowie eine Reduktion operativer Unterschiede zwischen den Gesundheitsbezirken.

- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde – Audiologisches Netzwerk

Im Bereich der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde wurde der Prozess zur Vereinheitlichung des betriebseigenen audiologischen Netzwerks eingeleitet. Die internen Behandlungspfade wurden beschrieben und der Direktion vorgestellt. Die vollständige operative Umsetzung der Verfahrensanweisung ist an die Integration der Tätigkeiten der mit dem Sanitätsbetrieb konventionierten Struktur gebunden, für die die Beendigung der Konvention im Dezember 2026 vorgesehen ist. Zur Planung des Integrationsprozesses wurden drei operative Treffen durchgeführt. Zudem wurde die Einführung vereinfachter Verfahren für die Mobilität der Chirurgen zwischen den Unternehmenseinrichtungen beantragt, die teilweise bereits umgesetzt sind.

- Interdisziplinäre Zusammenarbeit – Schulter, Knie und Lendenwirbelsäule

Zwischen allen beteiligten operativen Einheiten der entsprechenden Fachbereiche wurden die wichtigsten Leitlinien zu Lumbalgie sowie zu chronischen Schulter- und Knieschmerzen abgestimmt. Informationsmaterialien für verordnende Ärztinnen und Ärzte sowie für Patientinnen und Patienten wurden erarbeitet und Management-Flowcharts erstellt. Die in der Validierungsphase aufgetretenen Schwierigkeiten führten zu einer Verzögerung des Prozesses, der im Oktober 2025 mit der endgültigen Validierung abgeschlossen wurde.

Die Verbreitung der Informationsmaterialien wird durch eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit mittels Pressemitteilungen und redaktioneller Beiträge begleitet. Die Fortbildungsaktivitäten für Verordnerinnen und Verordner werden im Rahmen, der für das Forum Gesundheit 2026 vorgesehenen Veranstaltungen konzipiert.

5. Ausarbeitung und Umsetzung des Maßnahmenplans zur Personalfindung und Personalbindung

Die Verfügbarkeit von qualifiziertem Gesundheitspersonal stellt eine unverzichtbare Voraussetzung dar, damit der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Erbringung der Gesundheitsleistungen im Einklang mit den wesentlichen Versorgungsstandards und im Rahmen seines institutionellen Auftrags gewährleisten kann.

Im aktuellen Kontext erweist sich die Rekrutierung neuen Personals – sowohl im Rahmen des Generationenwechsels als auch zur Stärkung einzelner Dienste – als besonders herausfordernd. Dies ist insbesondere auf strukturelle Faktoren zurückzuführen, wie die erforderlichen Sprachkenntnisse, die angespannte Situation auf dem Wohnungsmarkt in Südtirol sowie den starken Wettbewerb mit angrenzenden Regionen hinsichtlich der Entlohnungsbedingungen.

Rekrutierungsmaßnahmen

Im Laufe des Jahres 2025 hat der Bereich Recruiting des Südtiroler Sanitätsbetriebes ein umfassendes Maßnahmenpaket zur Suche und Gewinnung von qualifiziertem Gesundheitspersonal auf nationaler und internationaler Ebene umgesetzt. In Zusammenarbeit mit externen Partnern wurden die Recruiting-Aktivitäten durch gezielte Kampagnen auf den wichtigsten digitalen Kommunikationskanälen, insbesondere LinkedIn und Instagram, weiter verstärkt. Die gesponserten Inhalte richteten sich gezielt an Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal sowie weitere Gesundheitsberufe.

Im Jahr 2025 wurden insgesamt 1.265 Ärztinnen und Ärzte, 1.124 Pflegekräfte sowie 1.231 weitere Berufsprofile kontaktiert. Gegenüber dem Vorjahr wurde ein Anstieg der eingegangenen und in die Unternehmensdatenbank aufgenommenen Spontanbewerbungen um 22% verzeichnet, was die Wirksamkeit der gesetzten Maßnahmen im Bereich Employer Branding und Sichtbarkeit bestätigt.

Weitere wesentliche Elemente des Rekrutierungsplans stellten die Teilnahme an nationalen und internationalen Veranstaltungen und Fachmessen sowie die Organisation spezifischer Initiativen wie der „Summer School“ und „Investition for the Future“ dar, die zur Steigerung der Attraktivität des Südtiroler Sanitätsbetriebes als Arbeitgeber beigetragen haben.

One Stop Shop und Begleitung beim Einstieg

Parallel zu den Rekrutierungsaktivitäten hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Service des One Stop Shop weiterentwickelt und konsolidiert, der als strategisches Instrument zur Unterstützung der Personen dient, die Interesse an einer Anstellung im Südtiroler Sanitätsbetrieb zeigen.

Der One Stop Shop wurde durch eine erhöhte Sichtbarkeit auf der Betriebswebsite (Startseite, Karriereseite und Stellenangebote) sowie durch eine deutliche Vereinfachung der Bewerbungsprozesse

weiter gestärkt. Die Neuorganisation der Inhalte und die Einführung eigener Themenbereiche (wie Zweisprachigkeit und Allgemeinmediziner/Kinderärzte) haben die Orientierung der Bewerber sowie die Qualität der eingereichten Bewerbungen verbessert und gleichzeitig die Nutzung des Dienstes erhöht. Der One Stop Shop gewährleistet eine strukturierte und individuelle Begleitung in allen administrativen, rechtlichen und organisatorischen Phasen im Zusammenhang mit der Anstellung. Das Angebot umfasst die Unterstützung im Bewerbungs- und Anmeldeprozess, die Anerkennung von Studien- und Berufstiteln, die Abwicklung notwendiger Verwaltungsformalitäten (Zugangsdaten, Steuernummer, Sprachgruppenzugehörigkeit) sowie Informationen zu steuerlichen Vergünstigungen, Sprachkursen und Mobilitätsangeboten.

Darüber hinaus werden Unterstützungsleistungen bei der Wohnungssuche, bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, beim Zugang zu Kinderbetreuungs- und Bildungseinrichtungen sowie eine allgemeine Begleitung beim Einstieg in das lokale Umfeld angeboten.

Personalbindung und organisatorisches Wohlbefinden

Neben den Rekrutierungsmaßnahmen sieht der Aktionsplan einen gezielten Schwerpunkt auf die Bindung des Personals vor. Das organisatorische Wohlbefinden und das betriebliche Welfare werden dabei als zentrale Hebel zur Reduzierung der Fluktuation und zur Prävention des Abgangs qualifizierter Fachkräfte anerkannt.

In diesem Zusammenhang wurden im Jahr 2025 unternehmensweite Fortbildungsprogramme für das gesamte Personal zu den Themen Chancengleichheit, Nichtdiskriminierung, Würde am Arbeitsplatz und organisatorisches Wohlbefinden umgesetzt. Ergänzend dazu wurden spezifische Programme zur Entwicklung inklusiver Führungskompetenzen sowie zur Prävention diskriminierenden Verhaltens in Führungsfunktionen angeboten.

Ein besonderer Fokus lag auf der Stärkung von Frauen und der Förderung ihrer Präsenz in Führungspositionen, unter anderem durch Mentoring, Networking und Kompetenzentwicklungsmaßnahmen. Diese Initiativen werden durch strukturierte Unterstützungsangebote für Elternschaft, flexible Arbeitsmodelle und Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben ergänzt und stehen im Einklang mit der im Jahr 2025 erlangten permanenten Zertifizierung Audit Familie und Beruf. 2025 wurde der mehrjährige Auditprozess mit der Erlangung der dauerhaften Zertifizierung abgeschlossen.

Prävention, Anlaufstellen und Organisationsklima

Der Plan zur Personalbindung wird durch die Einrichtung und Stärkung spezifischer Präventions- und Anlaufstellen ergänzt, insbesondere durch definierte Bezugspersonen für den Umgang mit Situationen von Belastung, Diskriminierung oder Belästigung am Arbeitsplatz. Zudem wurden Maßnahmen zur Beobachtung des Organisationsklimas sowie zur Erhebung des arbeitsbedingten Stresses umgesetzt.

In Übereinstimmung mit den gesetzlichen Verpflichtungen und mit dem Ziel, ein respektvolles und sicheres Arbeitsumfeld zu gewährleisten, sieht der Südtiroler Sanitätsbetrieb außerdem die Durchführung von Austrittsgesprächen vor. Diese dienen der systematischen Analyse der Gründe für vorzeitige Kündigungen und der Ableitung gezielter Gegenmaßnahmen.

In ihrer Gesamtheit bilden die im Jahr 2025 umgesetzten Maßnahmen einen integrierten und kohärenten Aktionsplan zur Rekrutierung und Bindung des Personals. Dieser verbindet Strategien zur Personalgewinnung mit einer strukturellen Ausrichtung auf langfristige Mitarbeiterbindung, organisatorisches Wohlbefinden und eine nachhaltige Entwicklung der Humanressourcen. Dieser Ansatz stellt einen wesentlichen strategischen Faktor dar, um mittel- und langfristig die Kontinuität, Qualität

und Gleichwertigkeit der vom Südtiroler Sanitätsbetrieb erbrachten Gesundheitsleistungen sicherzustellen.

2.2.1.2 Jahresziele

Betriebsperformance

Mit der Jahresplanung bricht der Südtiroler Sanitätsbetrieb die im Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan und weiteren Betriebsplänen enthaltenen strategischen Ziele, auf Jahresziele herunter. Sie werden auf Betriebsebene durch das Jahrestätigkeitsprogramm und, innerhalb der Betriebseinheiten durch die Aushandlung von Jahreszielen mit den jeweiligen Führungskräften umgesetzt.

Das Jahrestätigkeitsprogramm 2025 wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 1244 vom 26.11.2024 genehmigt. Zur Einsichtnahme in die Berichte über die Erreichung der einzelnen im Jahrestätigkeitsprogramm 2025 vorgesehenen Ziele wird auf den entsprechenden Anhang dieses Dokuments verwiesen (siehe Anhang „Bericht zum Jahrestätigkeitsprogramm 2025“).

Performance der operativen Einheiten und individuelle Performance

Für jede operative Einheit des Südtiroler Sanitätsbetriebes wird auf der Grundlage des Jahrestätigkeitsprogramms ein Budgetbogen (Zielvereinbarung) mit den zu verfolgenden Zielen erstellt. Für jedes Ziel werden das erwartete Ergebnis, die Bewertungskriterien, der zuständige Betriebsreferent sowie das zugewiesene Gewicht angegeben. In der Zielvereinbarung können und sollen auch von den operativen Einheiten selbst vorgeschlagene Ziele berücksichtigt werden. Die Zielvereinbarung wird nach Abschluss der Verhandlung vom Leiter bzw. von der Leiterin der operativen Einheit und von dessen bzw. deren unmittelbarer vorgesetzter Führungskraft unterzeichnet. Die unterzeichnete Zielvereinbarung wird in der elektronischen Personalakte archiviert.

Um die Verbreitung der Ziele innerhalb des Betriebes und das Engagement für ihre Erreichung zu fördern, verhandeln die Leiter der operativen Einheiten ihrerseits die Ziele mit ihren Führungskräften. Dies entspricht auch den Bestimmungen der geltenden Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen, die zu diesem Zweck ein Prämiensystem vorsehen. Die Zielvereinbarung ist somit für alle als Führungskräfte des sanitären und des Verwaltungsbereichs eingestufteten bediensteten Mitarbeiter zu führen und über die IPV-Software zu dokumentieren. Im Pflegebereich gilt dies bis auf Ebene der Pflegekoordinatoren und Organisationspositionen, im Verwaltungsbereich bis auf Ebene der Amtsdirektoren und der Organisationspositionen.

Mittels des unterjährigen Monitorings wurde überprüft, ob die Tätigkeit mit den zugewiesenen Zielen und den erwarteten Ergebnissen im Einklang stand, und gegebenenfalls wurden die erforderlichen Korrekturmaßnahmen ergriffen. Bei größeren Abweichungen zwischen den festgestellten und den erwarteten Werten wurden nach einer Überprüfung der Gründe und etwaiger Veränderungen im internen und externen Kontext die Ziele überarbeitet.

Am Ende des Jahres, nachdem die Berichte über die Erreichung der Ziele gesammelt wurden, wurde die abschließende Bewertung der Ziele vorgenommen.

Bei numerischen Indikatoren konnte die Messung der durchgeführten Aktivitäten auf Daten aus den Informationssystemen des Betriebes beruhen. Bei nicht numerischen Indikatoren, die sich also nicht aus

den IT-Systemen ableiten lassen, basiert das System zur Überwachung und Überprüfung der Ziele auf Fortschrittsberichten.

Die einzelnen Führungskräfte und die Leiter der operativen Einheiten legen den Grad der Zielerreichung mit ihrem direkten Vorgesetzten fest. Der Bewertungsbogen wird von beiden mit ihrer Unterschrift genehmigt. Der Gesamtgrad der Zielerreichung bestimmt den Anteil der zustehenden Ergebniszulage.

Nach Abschluss des Bewertungsprozesses zur Zielerreichung aller Führungskräfte, die Anspruch auf die Auszahlung der Leistungsprämie haben, sorgt der Sanitätsbetrieb für die Veröffentlichung auf seiner institutionellen Website der Daten zur Bewertung der Performance sowie zur Verteilung der Prämien an das Personal (Art. 20 Abs. 1 und Abs. 2 des Gesetzesdekrets Nr. 33/2013). Die Bestimmung sieht vor, dass die öffentlichen Verwaltungen die Daten über den insgesamt bereitgestellten Betrag der leistungsbezogenen Prämien sowie über den Betrag der tatsächlich ausgezahlten Prämien veröffentlichen.

Seit Ende 2023 hat auch das Unabhängige Bewertungsorgan (UBO) seine Arbeit in unserem Betrieb aufgenommen. Es ist für die Überwachung der allgemeinen Funktionsweise des Bewertungssystems, der Transparenz und der Integrität der internen Kontrollen zuständig und erstellt einen jährlichen Bericht über den Stand der Dinge.

Das UBO prüft im Laufe des Jahres auch die tatsächliche Funktionsweise des Prozesses in Bezug auf die Ziele, von deren Definition über deren regelmäßiger Überwachung bis hin zur abschließenden Bewertung, um die Einhaltung der Vorschriften und die Korrektheit der vom Betrieb angewandten Methodik zu gewährleisten.

Die Bewertung der Performance durch das UBO ist Voraussetzung für die Auszahlung der mit der Zielerreichung verbundenen Prämien. Der Betrieb kann die Prämien erst dann auszahlen, wenn das UBO den von der Betriebsdirektion erstellten Performance-Bericht durch eine Verwaltungsmaßnahme bestätigt hat.

Timing

Der Zeitplan des Performancezyklus ist in der nachstehenden Grafik dargestellt.

Zeitplan: Zyklus der Performance	Jän	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
Planung auf Betriebsebene - Folgejahr												
Zielvereinbarung der Abteilungen und Dienste												
Zielvereinbarungen mit den Mitarbeitern												
Monitoring												
Endbewertung - Vorjahr												

2.2.2 Indikatoren zur Performance

Leistungsindikatoren stellen ein grundlegendes Instrument zur Messung, Überwachung und Bewertung der von den Gesundheitseinrichtungen erzielten Ergebnisse in Bezug auf die Ziele Gesundheit, Qualität, Effizienz und Gleichbehandlung dar. Im Einklang mit dem nationalen Rechtsrahmen und den Grundsätzen des Leistungszyklus ermöglichen diese Indikatoren, die Verwaltungs- und Gesundheitsmaßnahmen transparent zu gestalten, Entscheidungsprozesse zu unterstützen und die kontinuierliche Verbesserung der erbrachten Leistungen zu fördern.

Leistungsindikatoren im Gesundheitswesen werden auf der Grundlage offizieller und etablierter Informationsquellen ausgewählt und decken verschiedene Leistungsdimensionen ab, wie klinische Wirksamkeit, Versorgungssicherheit, Angemessenheit, Zugänglichkeit, Versorgungskontinuität und organisatorische Effizienz. Sie ermöglichen es, die erzielten Ergebnisse zeitlich und räumlich zu vergleichen, eventuelle Schwachstellen zu identifizieren und die Planungs- und Steuerungsmaßnahmen des Gesundheitssystems auszurichten.

Im Rahmen der integrierten Planung sind die Leistungsindikatoren eng mit den strategischen und operativen Zielen des Sanitätsbetriebs verknüpft und bilden die Grundlage für die Überwachung, Bewertung und Berichterstattung sowie für den Dialog mit den Bewertungsgremien und den institutionellen Interessengruppen.

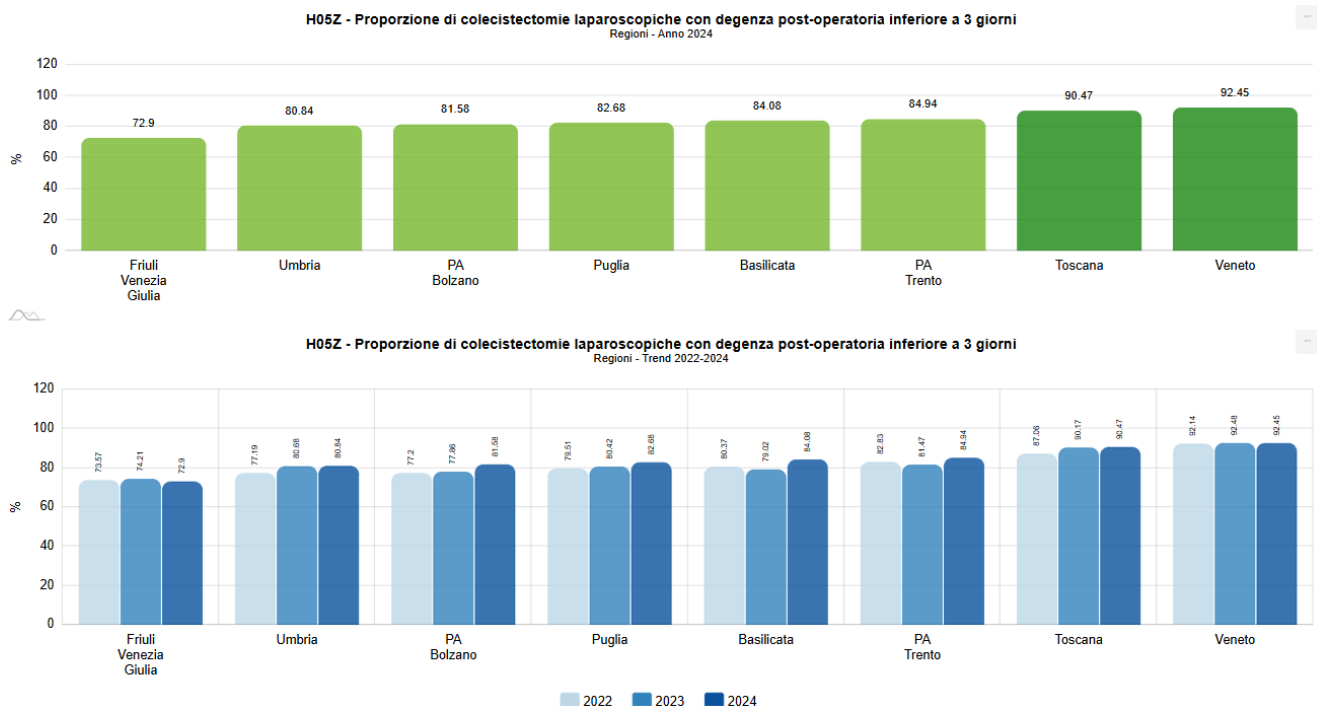
In diesem Kapitel werden verschiedene Performanceindikatoren aus den zur Verfügung stehenden Datenquellen angeführt.

Laparoskopische Cholezystektomie: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit einem postoperativen Aufenthalt von weniger als 3 Tagen

Der Anteil der Hospitalisierungen mit einem postoperativen Aufenthalt von weniger als 3 Tagen hat kontinuierlich zugenommen:

Krankenanstalt	2021	2022	2023	2024	2025
Krankenhaus Bozen	72,22	68,10	73,48	76,81	84,58
Krankenhaus Meran	69,70	70,53	70,71	83,50	76,72
Krankenhaus Brixen	81,67	77,61	80,28	84,21	74,36
Krankenhaus Bruneck	88,16	86,05	80,19	83,02	89,81
Krankenhaus Sterzing	83,67	94,29	83,33	78,57	92,31
Krankenhaus Innichen	77,78	80,00	50,00	100,00	92,31
Krankenhaus Schlanders	71,11	82,81	87,14	96,00	94,83
Gesamt	76,56	77,35	77,71	82,74	84,50

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



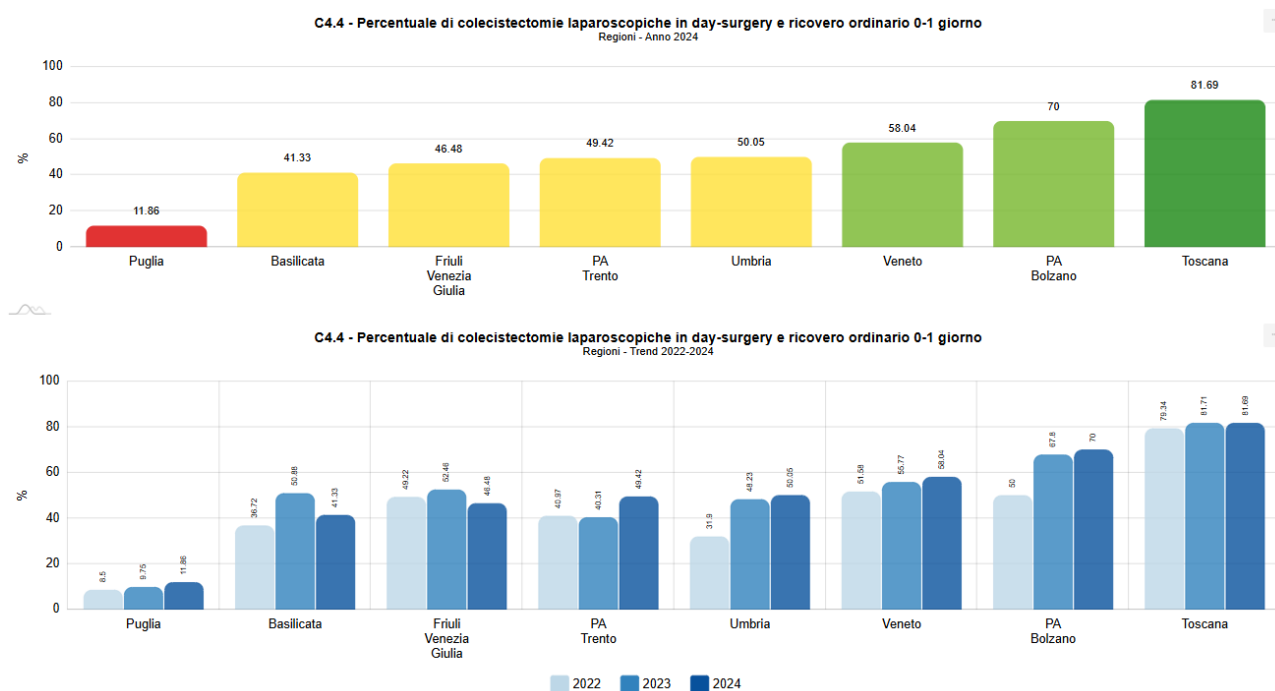
Quelle: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant’Anna Pisa

Prozentsatz Laparoskopische Cholezystektomien in der Tageschirurgie und im normalen Krankenhausaufenthalt 0–1 Tag

Die Autonome Provinz weist eine überdurchschnittliche Performance beim Anteil der laparoskopischen Cholezystektomien in der Tageschirurgie und bei gewöhnlichen Krankenhausaufenthalten von 0 bis 1 Tagen auf, welcher auch im Jahr 2025 angestiegen ist.

Krankenanstalt	2021	2022	2023	2024	2025
Krankenhaus Bozen	74,07	46,81	57,14	74,53	90,70
Krankenhaus Meran	72,73	89,13	92,86	87,27	83,61
Krankenhaus Brixen	84,62	71,74	70,69	66,67	68,42
Krankenhaus Bruneck	72,73	72,73	79,10	72,73	81,25
Krankenhaus Sterzing	9,52	18,75	31,82	25,00	58,70
Krankenhaus Innichen	62,50	75,00	50,00	100,00	84,62
Krankenhaus Schlanders		4,92	60,94	69,12	77,19
Gesamt	54,79	50,86	67,58	70,76	79,86

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



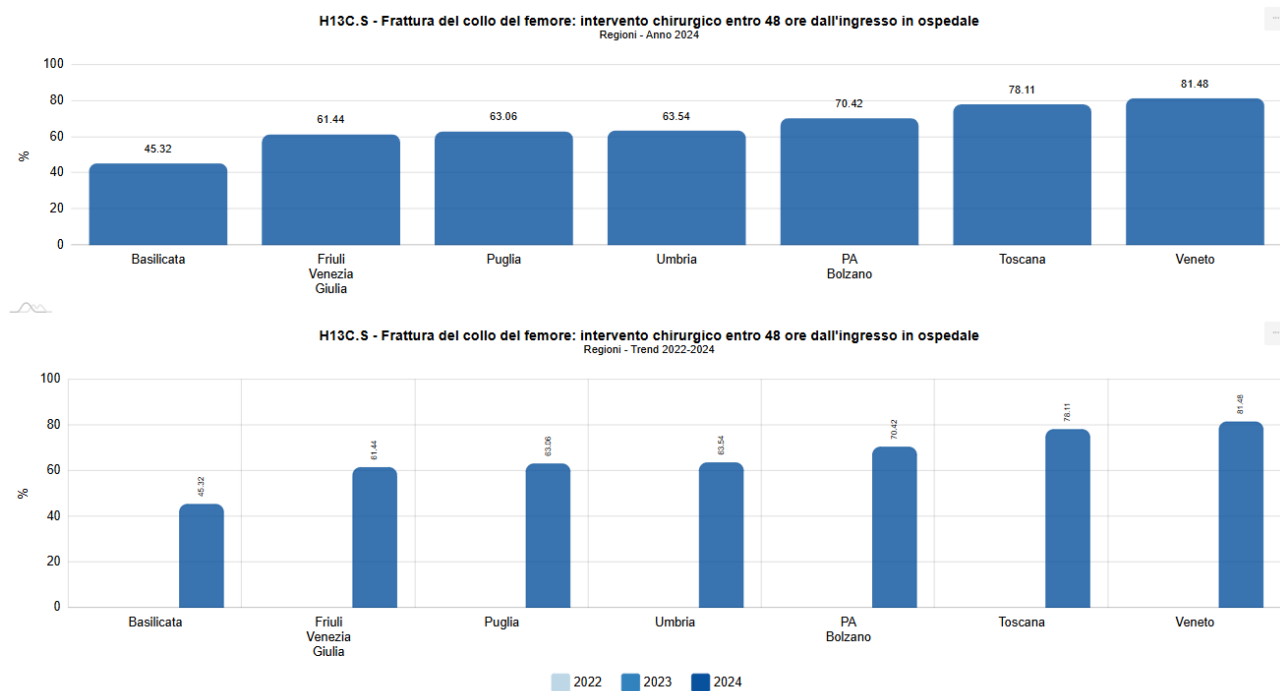
Quelle: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant’Anna Pisa

Schenkelhalsfraktur: Operation innerhalb von 48 Stunden nach Einlieferung in die Klinik

Bei Eingriffen zur Behandlung von Schenkelhalsfrakturen innerhalb von zwei Tagen nach Aufnahme in die Klinik gehört der Südtiroler Sanitätsbetrieb zu den Spitzenreitern auf staatlicher Ebene.

Krankenanstalt	2021	2022	2023	2024	2025
Krankenhaus Bozen	74,46	79,42	75,50	88,72	89,92
Krankenhaus Meran	86,41	87,20	83,19	77,18	76,71
Krankenhaus Brixen	92,42	93,29	84,56	82,24	81,46
Krankenhaus Bruneck	84,27	86,03	89,12	86,71	85,16
Krankenhaus Sterzing	100,00	96,77	100,00	97,37	100,00
Krankenhaus Innichen	92,86	95,92	94,55	92,73	90,57
Krankenhaus Schlanders	96,88	95,45	81,82	87,50	72,73
Gesamt	83,49	86,03	82,57	85,38	84,30

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



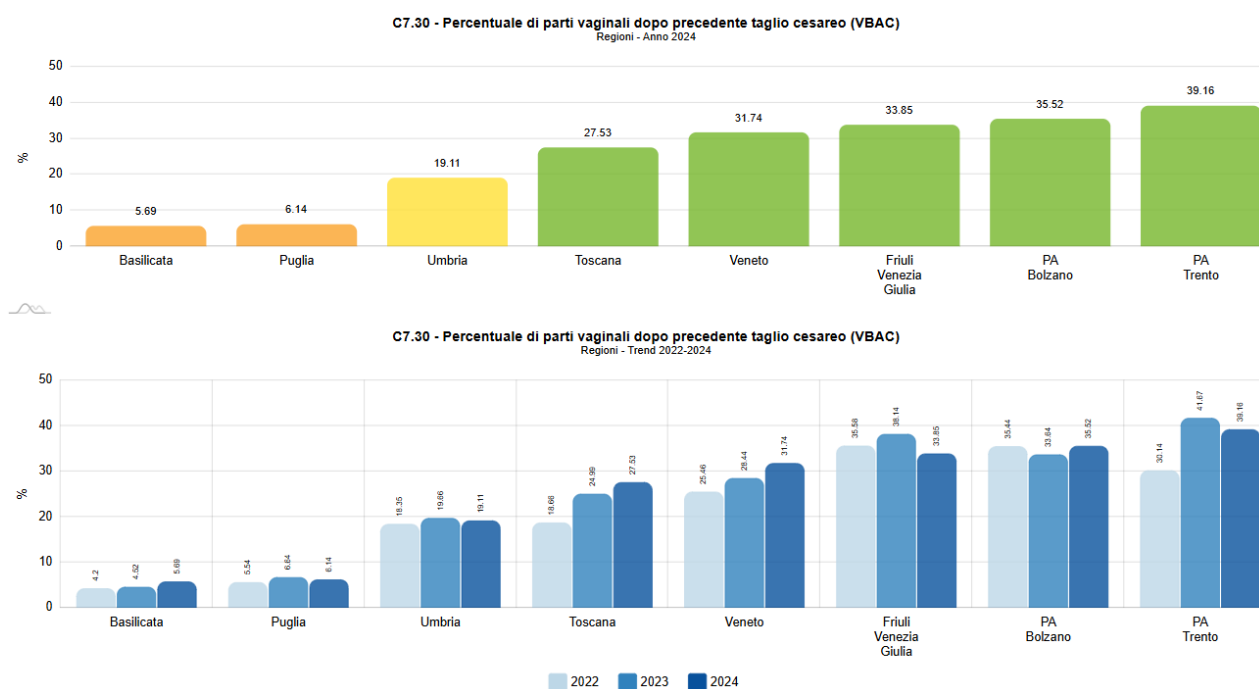
Quelle: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant'Anna Pisa

Anteil vaginaler Entbindungen bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt

Der Anteil vaginaler Geburten bei Frauen mit vorherigem Kaiserschnitt ist im Vergleich zur Vorperiode leicht angestiegen, sodass der Südtiroler Sanitätsbetrieb auch in dieser Hinsicht italienweit zu den Spitzenreitern gehört.

Geburtsabteilung	2021	2022	2023	2024	2025
Bozen	195	202	215	190	184
Meran	172	141	159	149	149
Brixen	171	141	135	122	136
Bruneck	94	107	100	90	120
Schlanders	55	52	43	35	34
Zu Hause			2	2	
Gesamt	687	643	654	588	623

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



Quelle: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant’Anna Pisa

Die folgende Tabelle stellt Indikatoren dar, bei denen der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Jahr 2024 besser abschneidet als der staatliche Durchschnitt.

Indikator	Anzahl	% Wert	% Adj	RR
Management des akuten Myokardinfarkts mit Streckenhebung (STEMI): Anteil der PTCA (PERKUTANE TRANSLUMINALE KORONARANGIOPLASTIE) innerhalb von 90 Minuten an der Gesamtzahl der Patienten, die innerhalb von 12 Stunden nach Zugang zum Krankenhaus-/Serviceeinrichtung mit PTCA behandelt wurden	173	90,17	89,86	1,17
Ischämischer Schlaganfall: Mortalität nach 30 Tagen	494	7,09	6,91	0,75
Lungenembolie: Mortalität 30 Tage nach Krankenhausaufenthalt	222	4,5	5,01	0,54
Lungenembolie: Wiederaufnahmen 30 Tage nach Krankenhausaufenthalt	214	5,14	5,41	0,64
Anteil der Entbindungen mit primärem Kaiserschnitt	3.813	20,88	19,81	0,89
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Entbindungen	2.910	5,64	5,56	0,62

Quelle: Programma Nazionale Esiti (PNE) – Ausgabe 2025 – Daten 2024

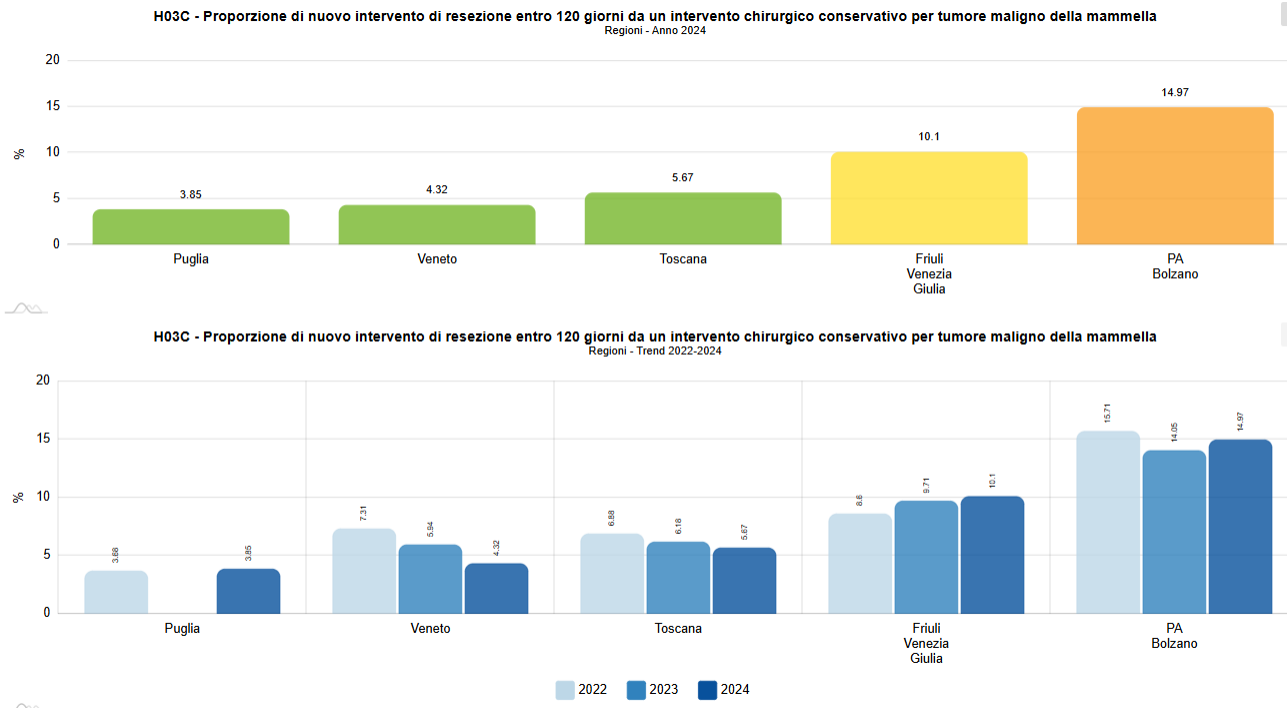
Nb. Es wurden nur statistisch signifikante Indikatoren berücksichtigt (p-Wert kleiner/gleich 0,05) und sie müssen zusammen mit dem rohen und angepassten Werten % (adj %) des relativen Risikos (RR) interpretiert werden, welche die Beziehung zwischen zwei Raten/ Proportionen oder der Überschuss oder Mangel an Risiko für diesen Indikator im Vergleich zum nationalen Durchschnitt darstellen. Das vorherige relative Risiko (vorheriges RR) wurde ebenfalls einbezogen, um einen Vergleich mit der Vorperiode zu ermöglichen.

- Relatives Risiko (RR) < 1: Es ist weniger wahrscheinlich, dass das Ereignis eintritt

- Relatives Risiko (RR) = 1: Das Ereignis hat im Vergleich zum staatlichen Durchschnitt die gleiche Eintrittswahrscheinlichkeit
- Relatives Risiko (RR) > 1: Das Eintreten des Ereignisses ist wahrscheinlicher

Anteil neuer Resektionen innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Brustkrebsoperation

Was den Anteil neuer chirurgischer Eingriffe innerhalb von 120 Tagen nach konservativer Operation bei bösartigem Brustkrebs betrifft, muss sich der Südtiroler Sanitätsbetrieb im Vergleich zu anderen nationalen Realitäten verbessern.



Quelle: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant’Anna Pisa

Die folgende Tabelle zeigt Indikatoren, bei denen die Performance des Südtiroler Sanitätsbetriebs im Jahr 2024 unter dem staatlichen Durchschnitt liegt.

Indikatoren	Anzahl	% Rohdaten	% Adj	RR
Anteil neuer Resektionen innerhalb von 90 Tagen nach brusterhaltender Operation bei malignem Brustkrebs	335	14,93	14,29	3,09
Anteil neuer Resektionen innerhalb von 120 Tagen nach brusterhaltender Operation – mit neuen Variablen	334	14,97	14,24	2,81
Anteil der Rekonstruktionsoperationen oder des Einsetzens von Expandern am Index der Krankenhauseinweisungen wegen Abbruchoperationen bei invasivem Brustkrebs – mit neuen Variablen	63	52,38	58,71	0,84
Anteil neuer Resektionen innerhalb von 90 Tagen nach brusterhaltender Operation	314	14,93	14,29	3,09

bei malignem Brustkrebs – mit neuen Variablen				
Vaginale Geburt: Nachfolgende Krankenhausaufenthalte im Wochenbett	5.957	0,79	0,77	1,27
Schenkelhalsbruch: Mortalität nach 1 Jahr	592	5,24	4,88	1,04
Hüftprothesenoperation: Wiederaufnahmen innerhalb 30 Tagen	1.091	3,57	3,84	1,20
Hüftprothesenoperation: Revision innerhalb von 2 Jahren nach der Operation	1.131	3,18	3,21	1,52

Quelle: Programma Nazionale Esiti (PNE) – Ausgabe 2025 – Daten 2024

Nb. Es wurden nur statistisch signifikante Indikatoren berücksichtigt (p-Wert kleiner/gleich 0,05) und sie müssen zusammen mit dem rohen und angepassten Werten % (adj %) des relativen Risikos (RR) interpretiert werden, welche die Beziehung zwischen zwei Raten/ Proportionen oder der Überschuss oder Mangel an Risiko für diesen Indikator im Vergleich zum nationalen Durchschnitt darstellen. Das vorherige relative Risiko (vorheriges RR) wurde ebenfalls einbezogen, um einen Vergleich mit der Vorperiode zu ermöglichen.

- Relatives Risiko (RR) < 1: Es ist weniger wahrscheinlich, dass das Ereignis eintritt
- Relatives Risiko (RR) = 1: Das Ereignis hat im Vergleich zum staatlichen Durchschnitt die gleiche Eintrittswahrscheinlichkeit
- Relatives Risiko (RR) > 1: Das Eintreten des Ereignisses ist wahrscheinlicher

Die folgende Tabelle zeigt Indikatoren der sieben Krankenhäuser des Südtiroler Sanitätsbetriebs im Jahr 2024.

Krankenhaus Bozen - Daten 2024

Indikatoren	Anzahl	% Rohdaten	% Adj	RR
STEMI: Anteil der Patienten, die innerhalb von 90 Minuten nach Aufnahme ins Krankenhaus/in die Einrichtung mit PTCA behandelt wurden	233	71,67	71,19	1,24
STEMI: Anteil der PTCA-Behandlungen innerhalb von 90 Minuten an allen Patienten, die innerhalb von 12 Stunden nach Aufnahme ins Krankenhaus/in die Einrichtung mit PTCA behandelt wurden	180	92,78	92,49	1,21
Akuter Myokardinfarkt: Mortalität nach 1 Jahr	352	5,97	6,97	0,86
Herzinsuffizienz: Mortalität nach 30 Tagen	258	15,5	13,93	1,48
Ischämischer Schlaganfall: Mortalität nach 1 Jahr	310	7,42	8,69	0,57
Anteil der laparoskopischen Cholezystektomien bei Patienten mit Cholelithiasis im Rahmen von ambulanten Eingriffen Laparoskopische	100	78	78,77	2,01
Lungen-Tumor-Operationen: Mortalität nach 30 Tagen	172	2,33	2,75	3,25
Kolon-Tumor-Operationen: Mortalität nach 30 Tagen	159	10,69	8,62	2,45
Prostata-Tumor-Operationen: Mortalität nach 30 Tagen	88	13,64	12,17	3,38
Anteil der erneuten Resektionen innerhalb von 120 Tagen nach brusterhaltender Operation bei Brustkrebs	160	13,13	12,6	2,49
Anteil der Rekonstruktions- oder Expander-Einlageverfahren bei der Indexaufnahme zur operativen Entfernung von invasivem Brustkrebs	27	37,04	36,37	0,52

Anteil der erneuten Resektionen innerhalb von 90 Tagen nach brusterhaltender Operation bei bösartigem Brustkrebs	161	13,04	12,55	2,71
Prostata-TM-Operation: 30-Tage-Wiedereinweisungen – unter Berücksichtigung neuer Variablen	88	13,64	11,8	3,28
Anteil der Rekonstruktions- oder Expanderimplantations-Eingriffe bei der Indexaufnahme zur operativen Entfernung von invasivem Brustkrebs – mit neuen Variablen	26	34,62	38,45	0,55
Anteil vaginaler Geburten bei Frauen mit vorangegangenen Kaiserschnitt	177	38,42	37,66	3,19
Anteil der Geburten per primärem Kaiserschnitt	1.279	20,8	15,13	0,68
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Geburten	986	7,1	7,1	0,78
Schenkelhalsfraktur: Operation innerhalb von 48 Stunden nach der Einlieferung ins Krankenhaus	264	69,32	69,3	1,15

Krankenhaus Meran - Daten 2024

Indikator	Anzahl	% Rohdaten	% Adj	RR
Verschlimmerung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD): 30-Tage-Wiederaufnahmen ins Krankenhaus	76	21,05	19,75	1,68
Anteil laparoskopischer Cholezystektomien bei Patienten mit Cholelithiasis im Rahmen von ambulanten Operationen/Eintagesoperationen	66	90,91	91,06	2,32
Anteil der erneuten Resektionen innerhalb von 120 Tagen nach brusterhaltender Operation bei Brustkrebs	90	12,22	11,23	2,22
Anteil der erneuten Resektionen innerhalb von 90 Tagen nach brusterhaltender Operation bei bösartigem Brustkrebs	90	14,44	13,88	3
Anteil vaginaler Geburten bei Frauen mit vorangegangenen Kaiserschnitt	134	31,34	28,82	2,44
Anteil der Geburten per primärem Kaiserschnitt	1.023	22,78	25,67	1,16
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Geburten	774	4,39	4,33	0,48
Schenkelhalsfraktur: Operation innerhalb von 48 Stunden nach der Einlieferung ins Krankenhaus	167	67,67	67,95	1,12

Krankenhaus Schlanders - Daten 2024

Indikator	Anzahl	% Rohdaten	% Adj	RR
Anteil laparoskopischer Cholezystektomien bei Patienten mit Cholelithiasis im Rahmen von ambulanten Operationen/Eintagesoperationen	67	70,15	65,78	1,68
Laparoskopische Cholezystektomie: Anteil der Krankenhausaufenthalte mit einer postoperativen Verweildauer von weniger als 3 Tagen	75	96	91,58	1,07
Laparoskopische Cholezystektomie: Anteil der ORDENTLICHEN Krankenhausaufenthalte mit einer postoperativen Verweildauer von weniger als 3 Tagen	75	96	91,48	1,07
Kniegelenkersatzoperation: Wiederaufnahmen nach 30 Tagen	34	5,88	5,24	4,63

Krankenhaus Brixen - Daten 2024

Indikator	Anzahl	% Rohdaten	% Adj	RR
Anteil laparoskopischer Cholezystektomien bei Patienten mit Cholelithiasis im Rahmen von ambulanten Operationen/Eintagesoperationen	54	70,37	68,31	1,74
Anteil der erneuten Resektionen innerhalb von 120 Tagen nach brusterhaltender Operation bei Brustkrebs	45	28,89	28,06	5,54
Anteil der erneuten Resektionen innerhalb von 90 Tagen nach brusterhaltender Operation bei bösartigem Brustkrebs	45	24,44	23,02	4,98
Anteil vaginaler Geburten bei Frauen mit vorangegangenen Kaiserschnitt	99	48,49	45,9	3,89
Vaginale Geburt: nachfolgende Krankenhausaufenthalte im Wochenbett	1.191	1,51	1,55	2,54
Anteil der Episiotomien bei vaginalen Geburten	558	3,23	3,16	0,35
Kniearthroskopie: Wiederholungsoperation innerhalb von 6 Monaten	440	2,73	2,73	3,23

Krankenhaus Sterzing - Daten 2024

Indikator	Anzahl	% Rohdaten	% Adj	RR
Kniegelenkersatzoperation: Wiederaufnahmen nach 30 Tagen	124	4,03	4,22	3,73
Schultergelenkersatzoperation: Wiederaufnahmen nach 30 Tagen	26	7,69	7,25	4,84

Krankenhaus Bruneck - Daten 2024

Indikator	Anzahl	% Rohdaten	% Adj	RR
Laparoskopische Cholezystektomie ordentliche Aufnahme: Komplikationen nach 30 Tagen	116	16,38	14,21	7,49
Laparoskopische Cholezystektomie ordentliche Aufnahme: ein weiterer Eingriff innerhalb von 30 Tagen	116	6,9	5,72	5,04
Anteil laparoskopischer Cholezystektomien bei Patienten mit Cholelithiasis im Rahmen von ambulanten Operationen/Tagesklinikoperationen	65	72,31	70,37	1,79
Anteil der erneuten Resektionen innerhalb von 120 Tagen nach brusterhaltender Operation bei Brustkrebs	36	13,89	13,2	2,61
Anteil der erneuten Resektionen innerhalb von 90 Tagen nach brusterhaltender Operation bei bösartigem Brustkrebs	37	13,51	12,77	2,76
Kniearthroskopie: Wiederholungsoperation innerhalb von 6 Monaten	395	2,28	2,29	2,71
Schenkelhalsfraktur: Mortalität nach 30 Tagen	83	8,43	11,04	2,36
Hüftgelenkersatzoperation: Wiederaufnahmen nach 30 Tagen	132	6,06	7,04	2,2

Krankenhaus Innichen - Daten 2024

Indikator	Anzahl	% Rohdaten	% Adj	RR
Hüftgelenkersatzoperation: Revision innerhalb von 2 Jahren nach der Operation	164	4,88	4,95	2,34

Quelle: Programma Nazionale Esiti (PNE) – Ausgabe 2025

Nb. Es wurden nur statistisch signifikante Indikatoren berücksichtigt (p-Wert kleiner/gleich 0,05) und sie müssen zusammen mit dem rohen und angepassten Werten % (adj %) des relativen Risikos (RR) interpretiert werden, welche die Beziehung zwischen zwei Raten/ Proportionen oder der Überschuss oder Mangel an Risiko für diesen Indikator im Vergleich zum nationalen Durchschnitt darstellen. Das vorherige relative Risiko (vorheriges RR) wurde ebenfalls einbezogen, um einen Vergleich mit der Vorperiode zu ermöglichen.

- Relatives Risiko (RR) < 1: Es ist weniger wahrscheinlich, dass das Ereignis eintritt
- Relatives Risiko (RR) = 1: Das Ereignis hat im Vergleich zum staatlichen Durchschnitt die gleiche Eintrittswahrscheinlichkeit
- Relatives Risiko (RR) > 1: Das Eintreten des Ereignisses ist wahrscheinlicher

2.3 Korruptionsrisiken und Transparenz

2.3.1 Prävention der Korruption

Verantwortlicher für Korruptionsvorbeugung und Transparenz und Bewertung der Tätigkeiten

Im Jahr 2025 hat der Antikorruptionsbeauftragte (im Folgenden AKB) weiterhin seine zentrale Rolle bei der Sicherstellung der administrativen Integrität wahrgenommen. Er gewährleistete die vollständige Umsetzung der im Dreijahresplan zur Korruptionsprävention und Transparenz (DPKPT) vorgesehenen Maßnahmen und begleitete den Betrieb bei der Umsetzung der Neuerungen des Nationalen Antikorruptionsplans 2025 (NAKP 2025). Die Tätigkeit entwickelte sich entlang eines Pfades der fortschreitenden Konsolidierung des Präventionssystems: Der AKB koordinierte die Zusammenarbeit zwischen Referenten, Führungskräften, internen Kontrollfunktionen und dem Unabhängigen Bewertungsorgan (UBO) und stellte dabei sowohl methodische Kohärenz als auch einheitliche Anwendung sicher.

Das Jahr war insbesondere geprägt von der Einführung der neuen, stärker auf Messbarkeit ausgerichteten, Risikozuordnungsblätter sowie vom Start einer weiter ausgebauten Überwachung auf zweiter Ebene. Die Ausweitung der Zuordnung auf neue Prozesse, die Aktualisierung bestehender Kontrollmechanismen sowie die kontinuierliche Unterstützung der Strukturen ermöglichten eine qualitative Verbesserung der Bewertungen und stärkten die Fähigkeit des Betriebes, potenzielle Risikobereiche frühzeitig zu erkennen. Insgesamt hat die Tätigkeit des AKB dazu beigetragen, das gesamte Präventionssystem reifer, konsistenter und wirksamer zu gestalten.

Allgemeine Überlegungen zum Stand der Umsetzung des Abschnitts Korruptionsprävention und Transparenz des ITOP

Die Umsetzung des Abschnitts Korruptionsprävention des ITOP erwies sich insgesamt als solide. Die vorgesehenen Maßnahmen wurden zunehmend einheitlich im gesamten Betrieb angewandt, was sowohl der neuen Methodik der Risikobewertung als auch dem gestiegenen Maß an Zusammenarbeit seitens der Referenten zu verdanken ist.

Die Überarbeitung der Risikobögen hat es ermöglicht, den Zusammenhang zwischen Prozessen, Risiken und Maßnahmen klarer und nachvollziehbarer darzustellen, während die Verfügbarkeit von Daten, die mittels zweisprachiger Fragebögen erhoben wurden, die analytische Tiefe weiter erhöht hat. Trotz einiger verbleibender Herausforderungen im Zusammenhang mit der organisatorischen Komplexität und der großen Menge an zu verarbeitenden Informationen zeigt das Gesamtbild eine deutliche Stärkung des Systems: Der Kontrollrahmen wurde gefestigt und der Umsetzungsgrad liegt höher als in den Vorjahren. Die Präventionsmaßnahmen sind heute deutlich stärker in die betrieblichen Prozesse integriert und stärker auf Nachvollziehbarkeit, Dokumentationsfähigkeit und Verantwortlichkeit ausgerichtet.

Analyse und Bewertung der durchgeführten Maßnahmen zur Korruptionsprävention

Im Jahr 2025 war die Tätigkeit zur Korruptionsprävention durch einen im Vergleich zum Vorjahr deutlich gereiften und strukturierteren methodischen Ansatz geprägt. Dazu trugen insbesondere die Einführung der neuen Prozess-Mapping-Bögen sowie die Anwendung des im NAKP 2025 vorgesehenen Modells bei. Der Betrieb führte eine umfassende Analyse des organisatorischen Kontextes durch, gestützt auf Treffen mit den Referenten, die Erhebung zweisprachiger Fragebögen sowie eine präzise Überprüfung jener Entscheidungsprozesse, die einem erhöhten Korruptionsrisiko ausgesetzt sind.

Die Überarbeitung der Risikoblätter ermöglichte eine klarere Darstellung des Ablaufs der Prozesse und eine wirksamere Korrelation zwischen Risiken, Maßnahmen und Indikatoren. Dadurch wurde die Grundlage für eine stichhaltige und analytisch belastbarere Risikobewertung geschaffen.

Die Risikobewertung hat bestätigt, dass die am stärksten exponierte Bereiche weiterhin jene Tätigkeiten sind, die unmittelbar mit der Verwaltung von Ressourcen und Entscheidungen mit Ermessungsspielraum verbunden sind.

Zu diesen zählen insbesondere die Vergabeverfahren und der Einkauf von Waren und Dienstleistungen, bei denen das Risiko mit der Durchführung der Verfahren zur Auswahl des Auftragnehmers, der Bedarfsfestlegung sowie der korrekten Anwendung der Vorgaben zu Transparenz und Nachvollziehbarkeit zusammenhängt.

Ein weiterer kritischer Bereich betrifft die Personalverwaltung, sowohl in der Phase der Einstellung als auch in den Disziplinarverfahren, bei außerinstitutionellen Aufträgen und in der Organisation der freiberuflichen innerbetrieblichen Tätigkeiten.

Auch die Prozesse im Zusammenhang mit den Beziehungen zu privaten Akteuren – einschließlich Spenden, Sponsoring und Vereinbarungen – wurden als sensibel eingestuft, da diese Tätigkeiten großes Vertrauen erfordern und daher klar geregelte Kontrollmechanismen benötigen.

Zu den zusätzlich identifizierten Risikobereichen zählt die Verwaltung des beweglichen und unbeweglichen Vermögens, einschließlich Lagerhaltung, Logistik und der Flüsse sanitärer Materialien.

Auch der pharmazeutische Bereich weist eine erhöhte Risikoexposition auf, insbesondere in Bezug auf Beschaffung, Lagerung und Nachverfolgbarkeit von Arzneimitteln.

Zu den klinisch-administrativen Prozessen, die als sensibel eingestuft wurden, gehören unter anderem die Wartelisten und die Festlegung der Prioritäten für Patientinnen und Patienten, ebenso wie die Verfahren der gesundheitlichen Begutachtung, etwa die Kommissionen für Zivilinvalidität oder für die Berufseignung. Einen weiteren Risikofaktor stellen die Kontakte mit vertragsgebundenen Einrichtungen dar, insbesondere in Fällen, in denen Personal gleichzeitig in beiden Strukturen tätig ist.

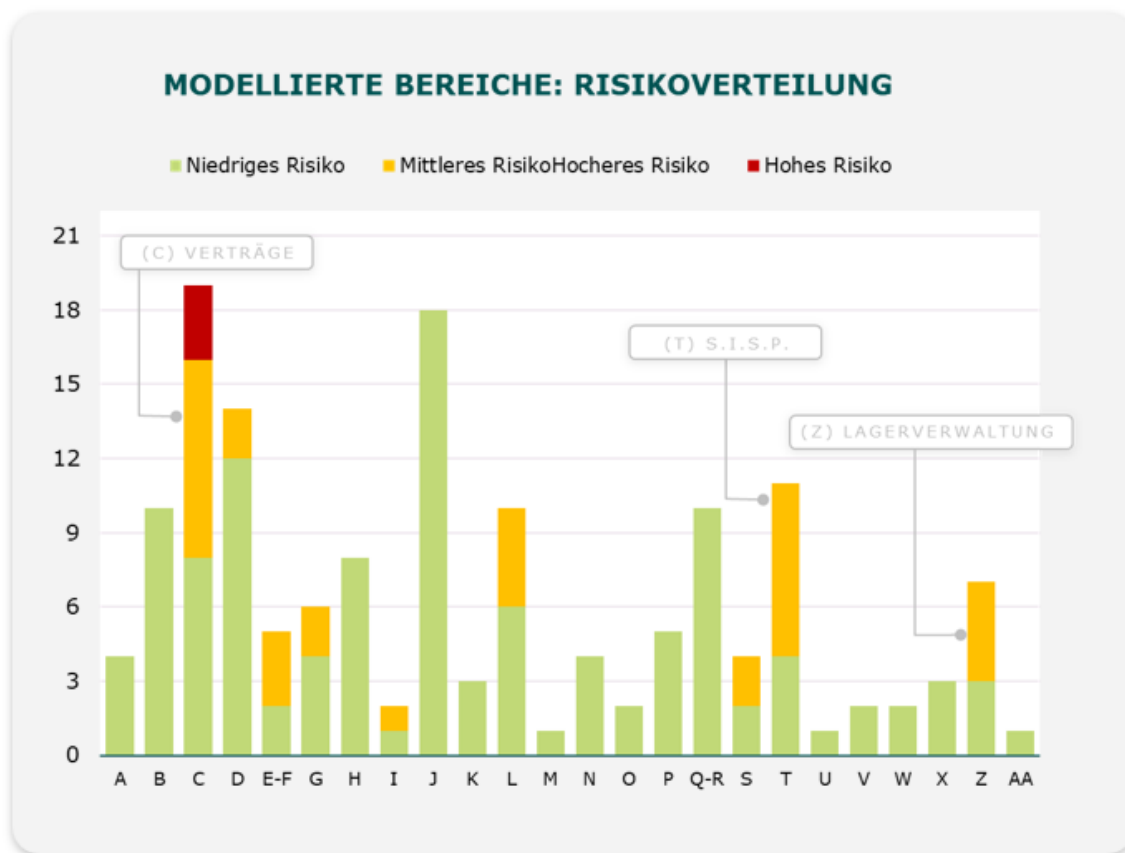
Im Rahmen der Vervollständigung der Risikoanalyse wurde im Jahr 2025 eine Überwachung auf zweiter Ebene eingeleitet, die sich auf die wichtigsten als besonders exponiert eingestuften Bereiche konzentrierte. Die durchgeführten Überprüfungen betrafen die außerinstitutionellen Aufträge, die Prüfungskommissionen und potenzielle Interessenkonflikte ihrer Mitglieder, Fälle von Pantouflage, die Integritätspakte in den Vergabeverfahren sowie die Kontrolle jener Prozesse, die im Antikorruptionsplan als „hohe Risiken“ eingestuft sind.

Darüber hinaus wurden vorläufige Überprüfungen einiger Prozesse durchgeführt, die mit dem PNRR verbunden sind; diese konzentrierten sich insbesondere auf die Dokumentennachvollziehbarkeit und die Einhaltung der vorgesehenen Verfahrensabläufe

Die durchgeführten Kontrolltätigkeiten haben insgesamt keine wesentlichen Unregelmäßigkeiten aufgezeigt. Sie haben jedoch ermöglicht, mehrere Verbesserungsbereiche zu identifizieren – darunter die Notwendigkeit, die Dokumentation der Verfahren zu stärken, die einheitliche Ausfüllung der Modelle zu verbessern und die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen weiter zu erhöhen.

Die Bewertung der im Jahr 2025 durchgeführten Tätigkeiten zeigt ein bewussteres und robusteres Präventionssystem, das zunehmend in der Lage ist, potenzielle Verwundbarkeiten frühzeitig zu erkennen und zeitnah mit Korrektur- oder Präventionsmaßnahmen zu reagieren.

Nachstehend eine Grafik, welche die Risikobewertungen nach den abgebildeten Risikobereichen zusammenfasst.



A	Kontrollen, Überprüfungen und Inspektionen	O	Dienst für Abhängigkeitserkrankungen (DfA)
B	Personal	P	Vermögens- und Immobilienverwaltung
C	Öffentliche Verträge	Q-R	Dienst für Hygiene der Lebensmittel und der Ernährung (S.I.A.N.) und mykologische Kontrollstelle
D	Arzneimittel, Geräte und andere Technologien	S	Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit (S.I.S.P.) - betriebliche Sektion Umweltmedizin
E-F	Vertragsgebundene private Sanitätsstrukturen und Wartelisten	T	Betrieblicher Dienst für Hygiene und öffentliche Gesundheit (S.I.S.P.)
G	Freiberufliche Tätigkeit	U	Sponsoring
H	Abteilung Recht und allgemeine Angelegenheiten	V	Fuhrpark und Parkplatzverwaltung
I	Abteilung Informatik	W	Schenkungen
J	Betrieblicher Dienst für Arbeitsmedizin	X	Amt für Internal Auditing
K	Betrieblicher Dienst für Sportmedizin	Z	Lagerverwaltung
L	Betrieblicher Tierärztlicher Dienst		
M	Kleinwohnungen und andere Wohnlösungen		

N	Betriebskindergarten, vertragsgebundene Kindertagesstätte	AA	Ableben im Krankenhaus
----------	---	-----------	------------------------

Ergebnisse im betrachteten Zeitraum und eventuelle Abweichungen

Das Präventionssystem hat erhebliche und messbare Ergebnisse hervorgebracht. Die Aktualisierung der Prozesszuordnung, die Validierung der Modelle sowie der direkte Austausch mit den Referenten haben eine zunehmende Reife des Systems bestätigt, verbunden mit einer wachsenden Einheitlichkeit in der Risikobewertung.

Im Laufe des Jahres 2025 wurden zudem mehrere Second-Level-Audits durchgeführt, die sich auf außerinstitutionelle Aufträge, Prüfungskommissionen, mögliche Fälle von Pantouflage, Interessenkonflikte, Sponsoring, Integritätspakte sowie auf jene administrativen Prozesse bezogen, die als besonders exponiert eingestuft worden waren.

Die Audits haben keine wesentlichen Unregelmäßigkeiten aufgezeigt, jedoch ermöglicht, bestimmte Dokumentationslücken zu korrigieren, die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungen zu stärken und die Einhaltung der Verfahren zu verbessern – insbesondere im Bereich der Vergabeverfahren und der Verwaltung von Aufträgen.

Die vollständige Umsetzung der neuen Whistleblowing-Prozedur hat zu einer geordneten und systematischeren Bearbeitung der Meldungen beigetragen.

Gleichzeitig hat die Einführung der Checklisten für PNRR-Projekte das Kontrollniveau hinsichtlich der Dokumentenflüsse und der Prüfverantwortung der EPV (Einzigste Projektverantwortliche) deutlich verstärkt. Die wichtigsten Abweichungen betrafen einige Verzögerungen bei der Übermittlung der Informationsflüsse seitens bestimmter Strukturen sowie eine anfängliche Uneinheitlichkeit bei der Ausfüllung der Risikoblätter, die jedoch in den letzten Monaten durch gezielte Fortbildungs-, Begleit- und Unterstützungsmaßnahmen überwunden wurde.

Insgesamt zeigt das Bild ein kohärenteres, nachvollziehbareres und stärker an den Vorgaben des NAKP 2025 ausgerichtetes System, das zunehmend in der Lage ist, Risiken frühzeitig zu erkennen und wirksam gegenzusteuern.

Fortbildung

Im Jahr 2025 stellte die Fortbildung ein zentrales Element zur Förderung einer Kultur der Integrität dar. Neben den integrierten E-Learning-Kursen zu Korruptionsprävention, Transparenz und Datenschutz sowie den spezifischen Fortbildungen für Führungskräfte, EPV und Mitglieder von Prüfungskommissionen setzte der Betrieb auch verstärkt auf direkte Sensibilisierungsmaßnahmen.

Der AKB führte in sämtlichen Gesundheitsbezirken praxisorientierte Informationsveranstaltungen durch und nahm sowohl an den Sitzungen der Primare als auch an jenen der technisch-pflegerischen Koordinatorinnen und Koordinatoren teil. Diese Treffen, die durch einen stark operativen und fallbezogenen Ansatz gekennzeichnet waren, förderten ein klareres Verständnis der erwarteten Verhaltensweisen und der Präventionsmaßnahmen und trugen zur Stärkung der individuellen und kollektiven Verantwortlichkeit bei. Der Tag der Transparenz, der auch 2025 durchgeführt wurde, vervollständigte das Angebot an Fortbildungsinitiativen und bot einen zusätzlichen Raum für den Austausch über Themen der öffentlichen Ethik und des korrekten Verwaltungshandelns. Insgesamt hat die Fortbildungstätigkeit das verbreitete Bewusstsein für Korruptionsrisiken erhöht und einen reiferen und gemeinsam getragenen Ansatz zur Prävention gefördert.

Nachstehend eine Tabelle, die die im Jahr 2025 durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen schematisch darstellt.

DATUM	BEHANDELTE THEMEN
10.12.2025	Informationsveranstaltung für die technisch-pflegerischen Koordinatorinnen und Koordinatoren (Bozen)
21.10.2025	Tag der Transparenz
25.09.2025	Dokumentenzugriff und Bürgerzugang
24.09.2025	Informationsveranstaltung für Primarärztinnen und -ärzte (Bozen)
23.09.2025	Informationsveranstaltung für Primarärztinnen und -ärzte (Bruneck)
03.09.2025	Informationsveranstaltung für Primarärztinnen und -ärzte (Meran)
09.05.2025	Fortbildung: Korruptionsprävention und Prävention von Interessenkonflikten
STÄNDIG VERFÜGBAR	Die neue Regelung zur Korruptionsprävention in Gesundheitseinrichtungen im Lichte der Änderungen durch das Gesetz Nr. 113/21, welches den integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan (ITOP) eingeführt hat

Whistleblowing

Im Jahr 2025 bearbeitete der Betrieb vierzehn Meldungen über den gemäß G.v.D. 24/2023 konformen elektronischen Whistleblowing-Kanal, wodurch sich die Nachvollziehbarkeit und die Qualität der Informationen deutlich verbessert haben. Die Meldungen betrafen operative und administrative Bereiche mit hoher Exposition, darunter Misshandlungen gegenüber Nutzerinnen und Nutzern, Unregelmäßigkeiten bei Anwesenheiten und Arbeitsorganisation, nicht genehmigte außerinstitutionelle Tätigkeiten, Kritikpunkte in Vergabeverfahren sowie Dienstpflichtverletzungen.

Die durchgeführten Überprüfungen ermöglichten, die Sachverhalte zu klären, bestimmte Verfahrensweisen zu korrigieren und ein Disziplinarverfahren einzuleiten.

Im Jahr 2025 wurde zudem die neue Whistleblowing-Prozedur vollständig umgesetzt und die interne Kommunikation weiter ausgebaut, wodurch das System zugänglicher wurde und eine Kultur der Integrität und Verantwortlichkeit gestärkt werden konnte.

Interessenskonflikte

Im Jahr 2025 erhielt der AKB dreizehn Anfragen um Stellungnahme, häufig zu komplexen Situationen, die eine präzise und kontextspezifische Bewertung erforderten. Die am häufigsten behandelten Themen betrafen freiberufliche Tätigkeiten in vertragsgebundene Einrichtungen, wirtschaftliche Beziehungen mit an Entscheidungsprozessen beteiligten Personen, potenziell unvereinbare Aufträge oder Beratungen, die

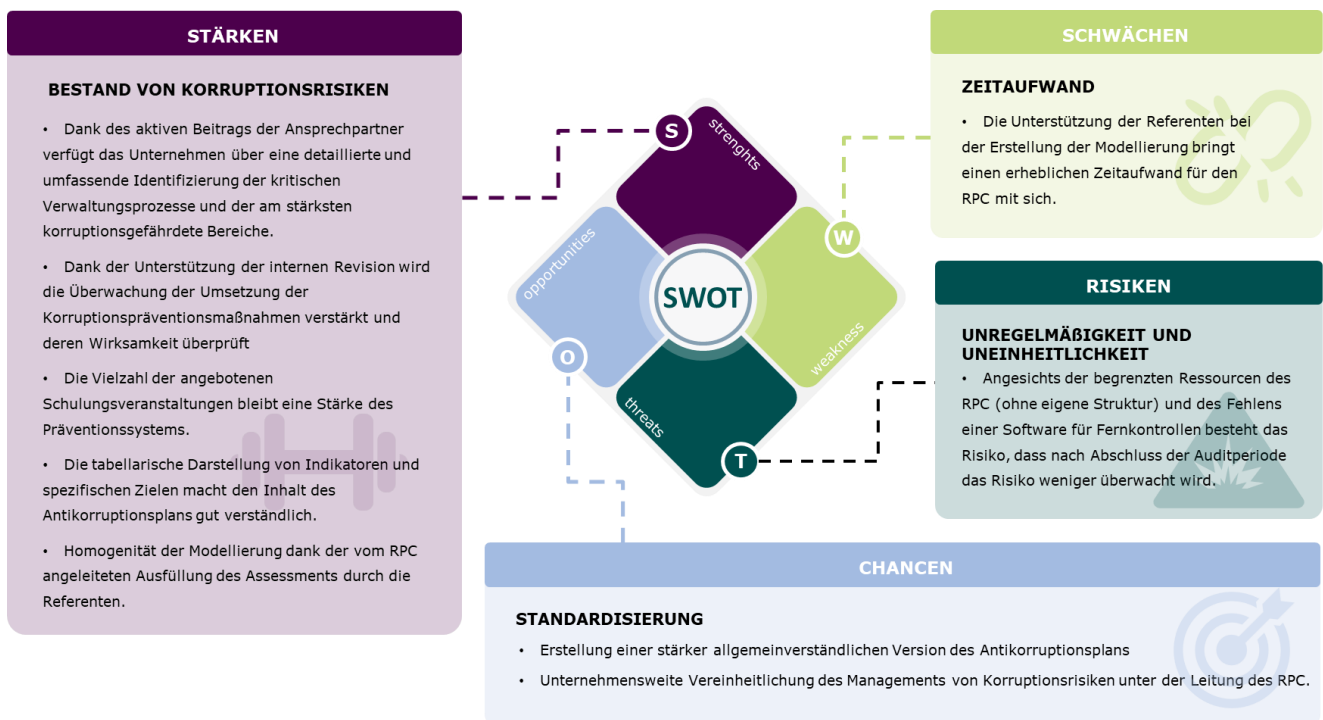
Teilnahme an Kommissionen unter möglichen Beeinträchtigungen der Unparteilichkeit sowie außerinstitutionelle Tätigkeiten bei Lieferanten.

Es wurden zudem Fälle von nicht-vermögensrechtlichen Interessenkonflikten festgestellt, die sich aus persönlichen oder familiären Beziehungen ergaben und Einfluss auf klinische Entscheidungen, die Verwaltung von Wartelisten oder die Zuteilung von Aufträgen haben könnten.

Die Beratungstätigkeit des AKB trug wesentlich dazu bei, unangemessene Entscheidungen zu verhindern, rechtliche Klarstellungen zu liefern und größere Transparenz in den Prozessen sicherzustellen.

Stärken und Schwächen bei der Umsetzung des Antikorruptionsplans

Nachstehend folgt eine schematische SWOT-Analyse des unternehmensweiten Systems zur Korruptionsprävention.



Ursachen für Abweichungen von den geplanten Zielen

Die Abweichungen von den für 2025 vorgesehenen Zielen wurden maßgeblich durch die Einführung des neuen methodischen Rahmens des NAKP 2025 beeinflusst, der eine vollständige Neugestaltung der Mappingbögen mit Indikatoren und Zielwerten erforderte und zu einer anfänglichen Verlangsamung der Informationsflüsse führte.

Weitere Einflussfaktoren waren die hohe Zahl an Überprüfungen im Zusammenhang mit Whistleblowing-Meldungen, die umfangreiche und komplexe Ermittlungsarbeiten notwendig machten, sowie der Anstieg der Anfragen um Stellungnahme zu Themen des Interessenkonflikts.

Auswirkungen hatte zudem die Einführung eines strukturierteren Second-Level-Monitorings, das Audits zu folgenden Bereichen: außerinstitutionelle Tätigkeiten, Nichterteilbarkeit/Unvereinbarkeit, Prüfungskommissionen, Integritäts-Vereinbarungen, Hochrisikobereiche sowie erste PNRR-Überprüfungen umfasste.

Trotz dieser Herausforderungen konnten dank der Unterstützung der Strukturen, der Standardisierung der Informationsflüsse und einer praxisnahen, operativen Fortbildung die meisten Ziele nachgeholt oder vollständig erreicht werden.

2.3.2 Transparenz

Nachfolgend sind die wichtigsten Tätigkeiten zur Umsetzung der Transparenz im Jahr 2025 aufgeführt:

- Anpassung an die Schemata ANAC laut Beschluss Nr. 495/2024;
- Durchführung einer Online-Weiterbildungsveranstaltung zu den Themen: Aktenzugang, einfacher Bürgerzugang und allgemeiner Bürgerzugang mit Praxisbezug;
- Aktualisierung und Verbesserung der Veröffentlichungen in der Sektion Subventionen, Beiträge, Zuschüsse, wirtschaftliche Vergünstigungen;
- Aktualisierung und Verbesserung der Veröffentlichungen in der Sektion Performance-Bewertungssystem;
- Kontinuierliche Anpassung an die Neuerungen im Bereich öffentliche Verträge in der Sektion Ausschreibungen und Verträge;
- Veröffentlichung Wiederaufbauplan PNRR - Gesundheit Südtirol;
- Überprüfung und Bewertung der 2025 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 sektoriellen Bestimmungen;
- 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);
- Veröffentlichung des Verzeichnisses der Pflichten und Obliegenheiten, die Gegenstand von Kontrolltätigkeiten sind und die von den Wirtschaftsteilnehmern bei der Ausführung ihrer Tätigkeiten zwecks Einhaltung der Rechtsvorschriften berücksichtigt werden müssen, gemäß Artikel 23-bis des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 33/2013;
- Veröffentlichung des Auditplans;
- Veröffentlichung des Registers der Wohltätigkeitshandlungen;
- Veröffentlichung der Betriebsverordnung für die Meldung von rechtswidrigen Handlungen (sog. WHISTLEBLOWING) mit daraus folgender Anpassung des gesamten Abschnitts, der sich mit diesem Thema befasst;
- Weiterverwendung der Meldeplattform Whistleblowing;
- 12 Kontrollen der 2025 registrierten Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- 12 Kontrollen der 2025 registrierten allgemeinen Bürgerzugänge, samt Berichtigungsindikationen an die zuständigen Strukturen;
- 12 Kontrollen der 2025 registrierten 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 G.v.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;
- Bereitstellung an die einzelnen beantragenden zuständigen Strukturen eines zweisprachigen Modells für den Antrag auf Zugang zu den Verwaltungsunterlagen – 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;
- In Bezug auf die Wartelisten Veröffentlichung von Daten, die über die von der anzuwendenden Norm vorgeschriebenen hinausgehen – Initiative, die von GIMBE im Jahr 2024 positiv bewertet worden ist: <https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo=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 wurde 2025 weiterhin zur Verfügung gestellt und wird auch im Jahr 2026 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. Präsentation einzelner Abteilungen/Ämter mit Angabe der Kontaktdaten, Zuständigkeiten und zur Verfügungstellung einzelner zweckdienlicher Unterlagen, Präsentation und Beschreibung des EGK (Einheitliches Garantiekomitee) und Organisationseinheit für die klinische Führung;
- Veröffentlichung der Bestätigung des unabhängigen Bewertungsorgans (UBO/OIV) zur Erfüllung der Veröffentlichungsverpflichtungen (Beschluss ANAC Nr. 192/2025) aus der hervorgeht, dass die von SABES 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) 2026-2028, welcher regulär in der Sektion - Transparente Verwaltung - Andere Inhalte auf der institutionellen Website des Südtiroler Sanitätsbetriebes veröffentlicht ist.

2.4 Physische und digitale Erreichbarkeit

Mit dem Inkrafttreten des gesetzgebenden Dekrets Nr. 222/2023 am 13. Januar 2024 wurde ein wichtiger Schritt bei der Neugestaltung der öffentlichen Dienstleistungen unternommen, wobei der Schwerpunkt auf der Inklusion und Zugänglichkeit für Menschen mit Beeinträchtigung liegt. Diese Bestimmung, die in Übereinstimmung mit Artikel 2 des Gesetzes Nr. 227 vom 22. Dezember 2021 erlassen wurde, zielt darauf ab, die Zugänglichkeit öffentlicher Dienstleistungen für Menschen mit Beeinträchtigung zu gewährleisten.

Das in zehn Artikel gegliederte gesetzgebende Dekret beginnt mit der Definition der Zugänglichkeit, die den gleichberechtigten Zugang zur und die Nutzung der physischen Umwelt, der öffentlichen Dienste (einschließlich elektronischer Dienste und Notdienste) sowie der Information und Kommunikation umfasst.

Artikel 3 des genannten gesetzgebenden Dekrets sieht vor, dass der integrierte Plan für Aktivitäten und Organisation programmatische und strategische Ziele vorschlägt, die einen organisierten und zielgerichteten Ansatz zur Erreichung der vollständigen physischen und digitalen Zugänglichkeit gewährleisten sollen, mit besonderem Augenmerk auf Menschen über 65 und mit Beeinträchtigung.

2.4.1 Physische Erreichbarkeit

Die vier Gesundheitsbezirke des Südtiroler Sanitätsbetriebs arbeiten unabhängig voneinander daran, die physische Zugänglichkeit für Bürger ab 65 Jahren und für Bürger mit Behinderungen zu verbessern. Über die Situation und die von ihnen getätigten Maßnahmen wird im Folgenden berichtet.

Gesundheitsbezirk Bozen

Im Verlauf des Projekts wurden verschiedene Aktivitäten entwickelt, die darauf abzielen, die Orientierung, die Zugänglichkeit und die Organisation der Räume des Krankenhauses Bozen sowie der angeschlossenen Strukturen zu verbessern. Eine der ersten Maßnahmen betraf die Erweiterung der Beschilderung des neuen Pavillons auf die Pavillons W und L. Böhler. Durch diese Maßnahme konnte der kommunikative und visuelle Stil des Krankenhauses vereinheitlicht werden, was zu einer besseren Übersichtlichkeit der Räumlichkeiten beiträgt und die Wege innerhalb des Gebäudes für Nutzer, Besucher und Mitarbeiter intuitiver gestaltet. Die neue Beschilderung wurde so konzipiert, dass sie klar, konsistent und leicht wiedererkennbar ist, wodurch sich die Orientierungserfahrung spürbar verbessert. Parallel dazu wurde mit der Entwicklung eines digitalen Wayfinding-Systems begonnen, das auf der Navigation in einer fotografischen Umgebung per Smartphone basiert. Dieses Instrument ermöglicht eine autonomere und sicherere Orientierung innerhalb des Krankenhauses, dank realistischer und leicht erkennbarer visueller Routen. Die ersten Tests haben ein großes Anwendungspotenzial aufgezeigt und bieten die Möglichkeit, den Dienst künftig auf den roten und blauen Bereich des Boehler-Gebäudes auszuweiten.

Ein weiterer Schwerpunkt lag auf der Anpassung der Büros und der Kundenbereiche, um deren physische Zugänglichkeit und Benutzerfreundlichkeit zu verbessern. Räume, Mobiliar und Empfangsmodalitäten wurden neu gedacht, um eine flüssigere Interaktion zu fördern und Barrieren zu reduzieren – sowohl architektonische als auch informationelle. Abschließend wurde das Thema der Beschilderung an den Eingängen, auf den Etagen und an den Räumen der verschiedenen Strukturen behandelt. Es wurde ein neues grafisches und inhaltliches Konzept entwickelt, das auf universelle Zugänglichkeit, einfache Lesbarkeit und vollständige Verständlichkeit der Informationen für alle Nutzergruppen ausgerichtet ist. Die aktualisierte Beschilderung gibt einen klaren Überblick über Abteilungen, Dienststellen, Büros und die jeweiligen leitenden Führungskräfte und trägt so zu mehr Transparenz und einer besser strukturierten institutionellen Kommunikation bei.

Gesundheitsbezirk Brixen

2025 wurden verschiedene Tätigkeiten durchgeführt, die das psychiatrische Wohnheim betreffen. So befindet sich das Projekt für den Neubau derzeit in Ausarbeitung. Der Planer wird bei der Erstellung des Projekts die geltenden gesetzlichen Bestimmungen berücksichtigen, um eine vollständige Barrierefreiheit zu gewährleisten.

Bezüglich des Neubaus des Gemeinschaftshauses in Sterzing befindet sich das Projekt in der Bauphase. Nach Abschluss der Arbeiten wird eine vollständige physische Zugänglichkeit gewährleistet sein.

Darüber hinaus wurden folgende Verbesserungsmaßnahmen umgesetzt, um den Zugang für Menschen mit Behinderungen und Personen mit motorischen Einschränkungen zu gewährleisten und zu optimieren:

- In den Büros am Domplatz in Brixen wurde die manuell zu öffnende Tür entfernt und eine neue automatische Tür installiert, die den Zutritt für alle Nutzergruppen erleichtert.
- Im Krankenhaus Brixen wurde eine neue Rampe mit dazugehörigem Handlauf errichtet, die das Eingangsstockwerk mit dem Untergeschoss verbindet, unter Einhaltung der geltenden Normen und zur Erleichterung des Zutritts für alle Nutzergruppen.
- Am Krankenhaus Brixen (Eingang Untergeschoss Hauptgebäude) wurde die manuell zu öffnende Tür entfernt und eine neue automatische Tür installiert, die den Zutritt für alle Nutzergruppen erleichtert.
- Im Krankenhaus Brixen wurde die Rampe, die das Eingangsstockwerk mit dem ersten Stock des Hauptgebäudes verbindet, vollständig erneuert. Dabei wurden die Fugen des Natursteins geschlossen,

um eine ebene Oberfläche zu schaffen, am unteren Ende der Handläufe wurde ein Abschluss ausgeführt, um sehbehinderten Menschen eine Bodenführung für den Blindenstock zu bieten, und die Beleuchtung in diesem Bereich wurde optimiert.

- Bei den Aufzügen des Krankenhauses Brixen wurde ein akustisches System implementiert, mit Ansage des Stockwerks sowie das Öffnen/Schließen der Türen.

Gesundheitsbezirk Bruneck

Der direkte Zugang zwischen der Haltestelle Bruneck Nord und dem Krankenhaus Bruneck wurde wieder geöffnet.

Der direkte Zugang zur Notaufnahme des Krankenhauses Bruneck über die Karl-Toldt-Straße ist in Ausführungsphase.

Die Einführung eines Lotsendienstes im Krankenhaus Bruneck, um die Orientierung im Krankenhausbereich zu erleichtern, ist im Aufbau.

2.4.2 Digitale Erreichbarkeit und „leichte“ Sprache

Das Gesetzesdekret Nr. 222/2023 zielt auch darauf ab, die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Information und Kommunikation in Braille-Schrift zu gewährleisten, einschließlich Computersystemen und Informationstechnologien in leicht lesbaren und verständlichen Formaten.

Zu diesem Zweck hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb entschieden, eine Sektion seiner Homepage in so genannter „Leichte Sprache“ mit einer Reihe von Unterabschnitten von vorrangigem Interesse einzurichten.

Unter „Leichte Sprache“ versteht man eine vereinfachte und standardisierte Sprachvariante, die sich durch eine einfachere Ausdrucksform und eine besondere visuelle Gestaltung auszeichnet. Dies kommt vor allem Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zugute, aber auch Personen mit Lernschwierigkeiten oder allgemeinen sprachlichen Hürden.

Das Amt für Gesundheitskommunikation hat im Jahr 2025 die Ausarbeitung eines Grundkonzepts sowie - in Zusammenarbeit mit der Abteilung Einkäufe - eine Markterhebung zur Ermittlung eines kompetenten Partners in diesem Bereich (in Anlehnung an die von der Landesverwaltung durchgeführte Untersuchung) eingeleitet.

Darauffolgend wurde der neue Bereich mit seinen ersten Inhalten umgesetzt. In Abstimmung mit der Betriebsdirektion und zur Vermeidung möglicher technischer Probleme während der Feiertage zum Jahresende, wurde der Bereich im Januar 2026 online gestellt und ist unter folgendem Link verfügbar:

[Portal in Leichter Sprache vom Südtiroler Sanitätsbetrieb.](#)

2.5 Vereinfachung

Maßnahmen zur Vereinfachung der Verfahren

Die Verwaltungsvereinfachung stellt einen strategischen Hebel zur Korruptionsprävention im Südtiroler Sanitätsbetrieb dar. Die Reduzierung der bürokratischen Komplexität, die Begrenzung von Ermessensspielräumen sowie die Förderung von Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Abläufe sind zentrale Ziele des ITOP.

Im Jahr 2025 umgesetzte Initiativen umfassen:

- das neue Landesimpfregister mit vereinfachten Modellen und Sammelsignatur;
- die Anpassung der EGA (elektronische Gesundheitsakte) 2.0 und die automatisierte Fehlerverwaltung;
- die Digitalisierung von Anträgen und Genehmigungen über das Intranet für Mitarbeitende;
- die Vereinheitlichung der Kassensysteme und der verzögerten Abrechnung zwischen den Bezirken;
- die Umsetzung von Cybersecurity-Policies und -Verfahren;
- die schrittweise Ausweitung der Patientenaufrufe mit Nummer und die integrierten CUP-Terminpläne.

Interne Audits zeigen, dass die Digitalisierung und Standardisierung der Prozesse bereits zu mehr Nachvollziehbarkeit, Transparenz und Homogenität bei den Kontrollen geführt haben und so die Risiken von Intransparenz und Ermessensspielräumen bei Beschaffungen, Personalmanagement, Lagerhaltung und Abrechnung verringert wurden.

Der reguläre Auditprozess sieht in der Regel die Bewertung der Möglichkeit zur Vereinfachung und Reorganisation der geprüften Verfahren vor, die gegebenenfalls mit spezifischen Interventionsanträgen an den Process Owner formalisiert und mit diesem abgestimmt werden. Der eventuelle Einsatz von Technologie wird stets einer vorherigen Kosten-Nutzen-Abschätzung unterzogen, die mit Unterstützung der IT-Abteilung erfolgt.

Der angestrebte öffentliche Wert konkretisiert sich in der Weiterentwicklung der Governance, der Verbesserung von Planung und Kontrolle sowie in der Durchführung der im Auditplan 2025 vorgesehenen Prüfungen.

Verbesserungsmaßnahmen und Empfehlungen:

- Vollständige Digitalisierung der Beschaffungsanträge und Vereinheitlichung der betrieblichen Formulare;
- Stärkung der Nachvollziehbarkeit der Lagerbewegungen und der digitalen Verwaltung der Inventuren;
- Formalisierung und Verbreitung detaillierter Arbeitsanweisungen für Kontrollen, mit Sicherstellung von Personalrotation und Funktionstrennung;
- Einführung automatisierter Monitoring-Systeme zur Überprüfung von Daten und Performance;
- Förderung der kontinuierlichen Schulung des Personals zu neuen Verfahren und digitalen Werkzeugen.

Zusammenfassend ist die Verwaltungsvereinfachung im Südtiroler Sanitätsbetrieb ein bereichsübergreifender Prozess, der alle Unternehmensbereiche einbezieht und zu mehr Effizienz, Transparenz und Korruptionsprävention führt – mit konkretem Nutzen für die interne Organisation und die Nutzer.

ABSCHNITT 3 – ORGANISATION UND HUMANRESSOURCEN

3.1 Organisationsstruktur

Organisation und Aufgaben des Südtiroler Sanitätsbetriebes

Was die Betriebsorganisation im Jahr 2025 betrifft, stellten die Genehmigung des Funktionendiagramms der sanitären, technisch-pflegerischen und administrativen Strukturen (Beschluss des Generaldirektors Nr. 2025-931 vom 30.09.2025) sowie die Ausarbeitung des Vorschlages der Neuen Betriebsordnung wesentliche Maßnahmen dar, um die Zuständigkeitsstruktur zu klären, eine eindeutige Zuordnung der Entscheidungs- und operativen Rollen sicherzustellen und die Koordinationsmechanismen zwischen der Betriebsdirektion und den Gesundheitsbezirken zu stärken. Insbesondere ermöglichte das Funktionendiagramm eine präzise Festlegung der Zuständigkeiten der Organisationseinheiten sowie die formale Abbildung der wesentlichen Interaktions- und Abstimmungsprozesse zwischen den Strukturen.

Mit der vorgesehenen Verabschiedung der neuen Betriebsordnung beabsichtigt der Südtiroler Sanitätsbetrieb, sich mit einem einheitlichen und vollständig ausgearbeiteten Organisationsrahmen auszustatten, die bislang geltende Struktur zu überwinden und die Klarheit der Beziehungen zwischen den verschiedenen Entscheidungsebenen weiter zu stärken. Das skizzierte Modell stärkt somit die Trennung zwischen den Funktionen der Betriebssteuerung, die der Betriebsdirektion zugewiesen sind, und den Funktionen der Leistungserbringung bzw. Produktion, die den Gesundheitsbezirken übertragen werden.

3.2 Wirtschafts- und Finanzsituation für 2025

Mit Beschluss der Landesregierung Nr. 1038 vom 19.11.2024 hat das Land die Richtlinien an den Südtiroler Sanitätsbetrieb für die Finanzierung im Jahr 2025 sowie für die Planvorgaben 2025–2027 festgelegt. Der Finanzierungsplan wurde in der Folge vor dem Hintergrund der Entscheidung der Landesregierung über die Aufschiebung der Genehmigung der Tarifrevisionen für private Einrichtungen, die stationäre Krankenhausleistungen (im Zusammenhang mit der Erneuerung des AIOP-ARIS-Vertrags) sowie territoriale Leistungen (sog. Dritter Sektor) erbringen, überarbeitet und mit Schreiben der Abteilung Gesundheit, Prot.-Nr. 975639 p_bz vom 11.12.2024, übermittelt.

Auf dieser Grundlage war der Sanitätsbetrieb in der Lage, den Haushaltsvoranschlag 2025 mit einem ausgeglichenen Ergebnis zu erstellen und diesen mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2024-A-001371 vom 20.12.2024 zu genehmigen. In der Folge wurde der Haushaltsvoranschlag 2025 des Sanitätsbetriebs von der Landesregierung mit Beschluss Nr. 1232 vom 30.12.2024 genehmigt.

Im Laufe des Haushaltsjahres 2025 und mit der Genehmigung des Nachtragshaushalts des Landes kam es zu erheblichen Erhöhungen der dem Sanitätsbetrieb zur Verfügung stehenden Mittel, um den steigenden Kosten für die private Krankenhausversorgung und dem Dritten Sektor, den im Zusammenhang mit der Organisation der Olympischen Spiele stehenden Ausgaben sowie insbesondere den Mehrkosten infolge der Vertragserneuerungen Rechnung zu tragen. Den größten Ausgabenposten des Betriebs stellt der Personalaufwand dar; rund 80% dieses Aufwands entfallen auf das Personal Gesundheitspersonal.

Im Vergleich zum Vorjahr stiegen im Jahresabschluss 2025 die Personalkosten um rund 52 Millionen Euro. Dieser Anstieg ist auf die höheren Kosten im Jahr 2025 gegenüber 2024 infolge der Anwendung der Vertragserneuerungen zurückzuführen, die durch zweckgebundene Landesbeiträge gedeckt sind. Aufgrund der neuen Verträge wurde hingegen ein deutlicher Rückgang der Verbindlichkeiten gegenüber dem Personal für die Abfertigung verzeichnet.

Kostensteigerungen sind auch bei der Beschaffung von Gesundheitsgütern zu verzeichnen, insbesondere bei Arzneimitteln sowie bei einigen Gesundheitsdienstleistungen wie der fachärztlichen Versorgung, der hausärztlichen Betreuung und den soziosanitären Leistungen mit gesundheitlicher Relevanz.

Dank geeigneter Beiträge des Landes konnte der Sanitätsbetrieb im Jahr 2025 die Ziele im Bereich der Weiterentwicklung und Qualität der Versorgung verfolgen und gleichzeitig das wirtschaftlich-finanzielle Gleichgewicht aufrechterhalten.

Auf Grundlage der Daten des Jahresabschlusses 2025 sind die Gesamterträge um rund 148,4 Millionen Euro gestiegen, was einer Zunahme von 8,49% gegenüber dem Vorjahr entspricht. Die Beiträge des Landes für laufende Ausgaben aus dem Landesgesundheitsfonds (LGF) sind um etwa 91,8 Millionen Euro (+5,81%) gestiegen, wobei auch die Finanzierungen im Zusammenhang mit den Vertragserneuerungen für 2025 enthalten sind. Die Gesamtkosten erhöhten sich um etwa 119,7 Millionen Euro (+6,92%).

Der Jahresabschluss 2025, genehmigt mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 283 vom 30.04.2026, schloss mit einem positiven Ergebnis von 64.781.863,13 Euro ab. Der Jahresabschluss befindet sich derzeit in Prüfung zur Genehmigung durch das Land. Für endgültige und detaillierte Informationen wird auf die Veröffentlichung auf der Website des Sanitätsbetriebs im Bereich „Transparente Verwaltung“ verwiesen.

3.3 Strategie zur Deckung des Personalbedarfs

Im Laufe des Jahres 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb eine wichtige Strategie zur Deckung des Personalbedarfs vorangetrieben, die durch die Umsetzung verschiedener Kollektivverträge unterstützt wurde, welche die Attraktivität der Organisation gestärkt und die Motivation, Anerkennung und berufliche Weiterentwicklung gefördert haben. Diese Verträge stellen nicht nur eine einfache Aktualisierung der Vorschriften dar, sondern sind eine konkrete Investition in die Personen und die Qualität der Arbeit und tragen dazu bei, eine Organisation aufzubauen, die sich noch mehr um das Wohlergehen und die Entwicklung der Humanressourcen kümmert.

Im Rahmen der Kollektivverhandlungen des Bereiches wurden bedeutende Neuerungen eingeführt, die darauf abzielen, die Arbeitsbedingungen zu verbessern und den Beitrag der Fachkräfte aufzuwerten: Verkürzung der Wochenarbeitszeit, neue Regeln für Überstunden, neue Tarife für Bereitschaftsdienst, Nacharbeit, Freistellungen, berufliche Fortbildung außerhalb der Arbeitszeit sowie Erhöhungen der Zusatzvergütung. Seit dem 1. Juli 2025 wurde die Wochenarbeitszeit für alle Berufsbilder des Sanitätsstellenplanes, Pflegehelfer, Pflegegehilfen, Fachkräfte des psychiatrischen Dienstes und Sozialassistenten von 38 auf 36 Stunden bei unverändertem Gehalt gesenkt, was zu einem nachhaltigeren Arbeitsumfeld und einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben beiträgt.

Ein weiterer Faktor zur Aufwertung war die Einführung der Zusatzdienste, die dem technischen und Pflegepersonal auf freiwilliger Basis angeboten wurden, um die Abdeckung der Dienstleistungen zu gewährleisten und das Engagement und die Einsatzbereitschaft auf transparente und strukturierte Weise anzuerkennen.

Parallel dazu sieht der Vertrag der sanitären Leiter Maßnahmen vor, die darauf abzielen, die Attraktivität von Führungspositionen durch Gehaltserhöhungen, neue Zulagen und Instrumente zu steigern, die Kompetenzen, Verantwortung und Komplexität der Aufgaben belohnen. Die Maßnahmen zur beruflichen Weiterbildung und Entwicklung tragen außerdem dazu bei, hochqualifiziertes Personal zu gewinnen und zu halten, während das neue Bewertungssystem leistungsorientiertere und transparentere Kriterien einführt und die individuelle Leistung wertschätzt.

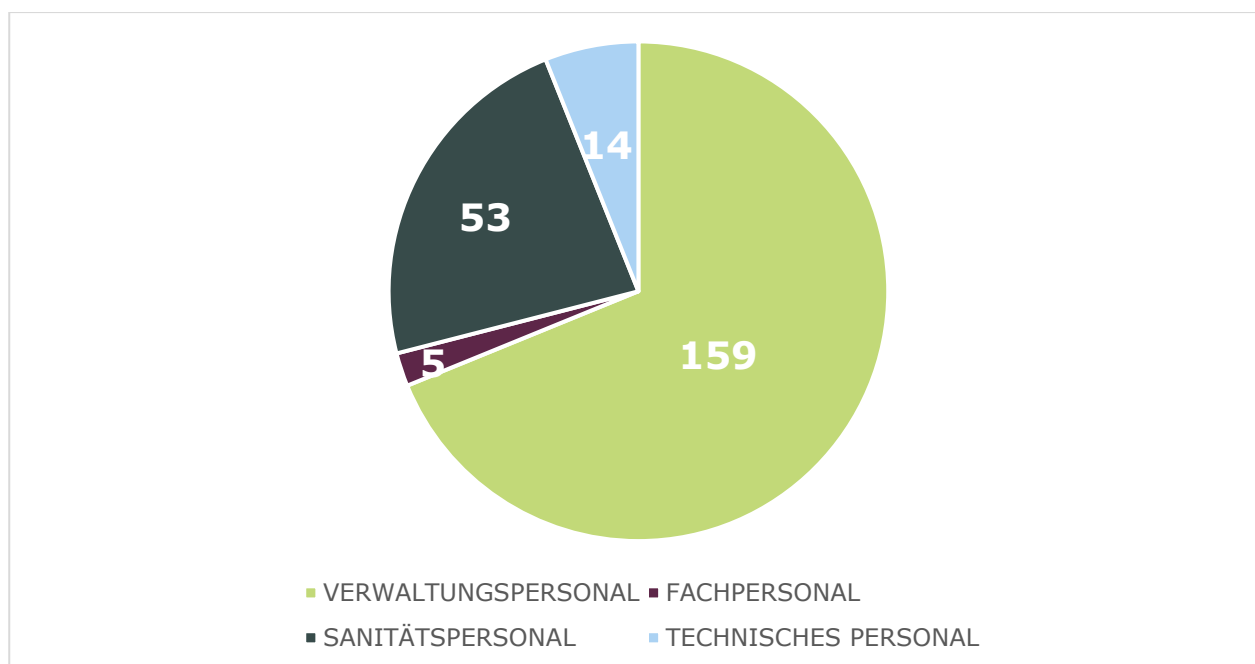
Die Maßnahmen stärken die Qualität der beruflichen Laufbahnen sowie die beruflichen Anerkennung und fördern das Wohlbefinden und das interne Wachstum. Es handelt sich um ein koordiniertes Maßnahmenpaket, das Fachwissen wertschätzt, die Weiterbildung unterstützt und zur Verbesserung der Qualität des Landesgesundheitsystems beiträgt.

Im Rahmen der Strategie zur Deckung des Personalbedarfs wurden 803 Einstellungsverfahren abgewickelt, davon 152 für Verwaltungsmitarbeiter/innen, 3 für das Personal des Fachstellenplanes, 491 für das Gesundheitspersonal und 157 für das technische Personal.

3.4 Organisation der agilen Arbeit

Ein weiteres besonders wichtiges Element bei der Personalförderung ist die Organisation der agilen Arbeit. Der Betrieb betrachtet diese Arbeitsweise nicht nur als eine einfache organisatorische Option, sondern als ein strategisches Instrument für das Wohlbefinden, das die Qualität des Arbeitslebens und die Motivation verbessern kann. Agiles Arbeiten ermöglicht es den Mitarbeiter/innen nämlich, ihre Tätigkeit flexibel zu gestalten, wodurch Stress, Pendelzeiten und familiäre Belastungen reduziert werden. Als Teil der Sozialpolitik unterstützt es Mitarbeiter/innen mit familiären Verpflichtungen und trägt zur Personalbindung bei.

Nachstehend sind die Daten der Mitarbeiter/innen aufgeführt, die zum Stichtag 31.12.2025 Smart Working beantragt haben, aufgeschlüsselt nach Funktion.



3.5 Ausbildung des Personals

Interne und externe Fortbildung

Die interne und externe Fortbildung dient der Qualifizierung, Förderung und Weiterentwicklung des Personals. Sie trägt maßgeblich zur Erhaltung und Entwicklung der Arbeitsfähigkeit und Motivation sowie zur Erreichung der Unternehmensziele bei.

Im Jahr 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb 700 interne Fortbildungsveranstaltungen organisiert und durchgeführt.

Darüber hinaus wurden im selben Jahr 9.800 Teilnahmen an externen Fortbildungsveranstaltungen gewährleistet.

Arbeitssicherheit – Grund- und Auffrischungsschulungen

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat folgende Kurse im Bereich der grundlegenden Arbeitssicherheitsausbildung angeboten:

- Grundausbildung – allgemeiner Teil (4 Stunden): Im Jahr 2025 haben 1.086 Mitarbeitende diesen Kurs absolviert.
- Grundausbildung – spezifischer Teil für niedriges Risiko (4 Stunden) und hohes Risiko (12 Stunden): Der Betrieb hat 6 Kursarten entsprechend der jeweiligen Tätigkeitsbereiche und der damit verbundenen Risiken angeboten: klinisch-sanitärer Bereich, Pflege- und Assistenzbereich, technischer Bereich, wirtschaftlicher Bereich, Küche und Mensa, Verwaltungsbereich sowie ein spezieller Kurs für als „strahlenexponiert“ eingestufte Mitarbeitende. 625 Mitarbeitende haben im Jahr 2025 den spezifischen Teil der Grundausbildung abgeschlossen.
- Auffrischungsschulung (6 Stunden): Es wurden 6 Kursarten angeboten, abgestimmt auf: klinisch-sanitären Bereich, Pflege- und Assistenzbereich, technischen Bereich, wirtschaftlichen Bereich, Küche und Mensa sowie den Verwaltungsbereich. 1.158 Mitarbeitende haben im Jahr 2025 an der Auffrischungsschulung teilgenommen.

Zusätzlich hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb folgende Präsenzs Schulungen für Führungskräfte und Vorgesetzte organisiert:

- Zusatzschulung für Vorgesetzte (8 Stunden): Im Jahr 2025 wurden 6 Ausgaben organisiert, jeweils mit ca. 33 Teilnehmenden.
- Auffrischungsschulung Arbeitssicherheit für Vorgesetzte (6 Stunden): Im Jahr 2025 wurden 5 Ausgaben organisiert, jeweils mit ca. 30 Teilnehmenden.
- Arbeitssicherheitsschulung für Führungskräfte (16 Stunden): Im Laufe des Jahres 2025 wurden 4 Ausgaben angeboten, jeweils mit ca. 8 Teilnehmenden.
- Auffrischungsschulung Arbeitssicherheit für Führungskräfte (6 Stunden): Im Herbst 2025 wurden 4 Ausgaben organisiert, jeweils mit ca. 11 Teilnehmenden.

Darüber hinaus hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb den Kurs zum Datenschutz gemäß Datenschutz-Grundverordnung (GDPR) angeboten. Im Jahr 2025 haben 1.512 Mitarbeitende diesen Kurs absolviert.

Förderung der Zweisprachigkeit: Unterstützungsmaßnahmen für den Erwerb der deutschen und italienischen Sprache

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb fördert aktiv die Zweisprachigkeit unter dem Gesundheitspersonal und bietet Unterstützungsmaßnahmen für Mitarbeitende ohne Zweisprachigkeitsnachweis. Ziel ist es, den Erwerb der sprachlichen Kompetenzen zu erleichtern, die sowohl für die Ausübung der beruflichen Tätigkeiten in einem mehrsprachigen Arbeitsumfeld als auch für den Erwerb des im Vertrag vorgesehenen Sprachnachweises erforderlich sind.

Zur Förderung des Erwerbs der deutschen und italienischen Sprache stehen folgende Unterstützungsmaßnahmen zur Verfügung:

- Interne Sprachkurse auf Niveau A1 (intensiv; online und in Präsenz);

- Interne Sprachkurse auf Niveau A2–C1 (extensiv; online und in Präsenz);
- Kostenbeitrag und Anerkennung der Stunden für die Teilnahme an externen Sprachkursen, in begründeten und genehmigten Fällen;
- Kostenbeitrag und Anerkennung der Stunden für die Teilnahme an Sprachaufenthalten im In- und Ausland;
- Interne Organisation von Sprachzertifizierungsprüfungen für den Gesundheitsbereich;
- Individuelle Sprachlernberatung;
- Sprachvolontariat und Sprachtandem;
- Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen.

Die Förderung der Sprachkompetenzen stellt ein strategisches Element dar, um die Qualität der Patientenversorgung zu unterstützen, die Stabilisierung der Arbeitsverhältnisse zu fördern und eine strukturierte Antwort gegen den Fachkräftemangel im Gesundheitswesen zu geben.

3.6 Der Dreijahresplan der positiven Maßnahmen und der Gender Equality Plan – Chancengleichheit und Geschlechtergerechtigkeit

Im Jahr 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb die Umsetzung des Dreijahresplans 2024–2026 fortgesetzt, des Leitdokuments in den Bereichen Inklusion, Chancengleichheit und organisatorisches Wohlbefinden. Der Plan definiert einen strukturierten Rahmen von Maßnahmen, die darauf abzielen, das Personal aufzuwerten, gleiche Zugangs- und Entwicklungschancen zu gewährleisten, Diskriminierungen vorzubeugen und ein positives Arbeitsklima zu stärken.

Die Maßnahmen stehen im Einklang mit dem Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan 2025–2027 sowie mit dem Verhaltenskodex zum Schutz der Würde der Personen und tragen so zur Erreichung der strategischen Unternehmensziele bei.

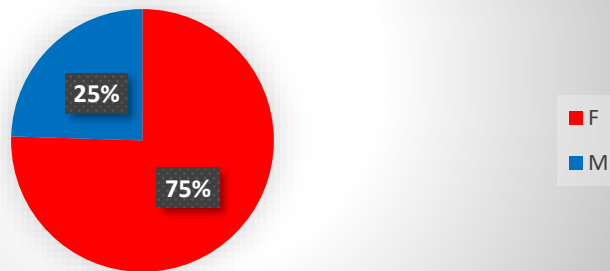
3.6.1 Analyse der Personaldaten und Überwachung

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.

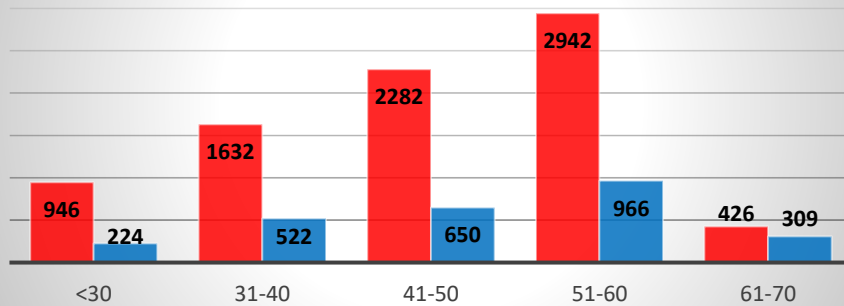
Kontextanalyse

Im Betrieb überwiegt deutlich der Frauenanteil (Stand 30.09.2025): 75% der Angestellten sind weiblich und 25% männlich. In absoluten Zahlen ergibt sich eine weibliche Belegschaft von 8.228 Personen, während der männliche Anteil 2.671 beträgt.

Personalsituation 30.09.2025

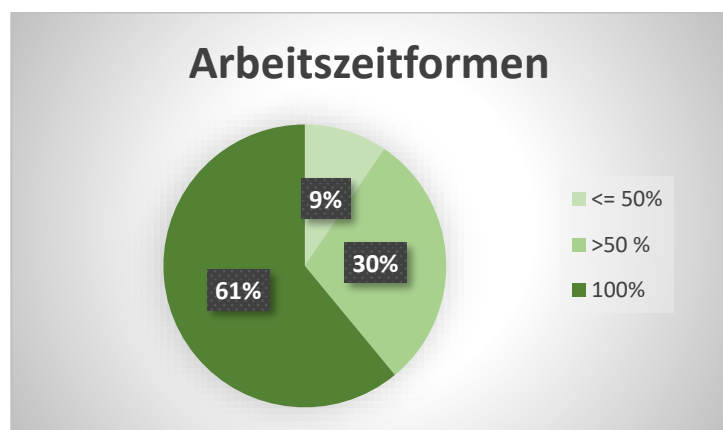


Personal laut Geschlecht und Alter zum 30.09.2025



Arbeitszeitformen: Vollzeit und Teilzeit zum 30.09.2025

Arbeitszeitform	Anzahl der Bediensteten
Teilzeit ≤50%	1.036
Teilzeit >50%	3.216
Vollzeit	6.647
Insgesamt	10.899

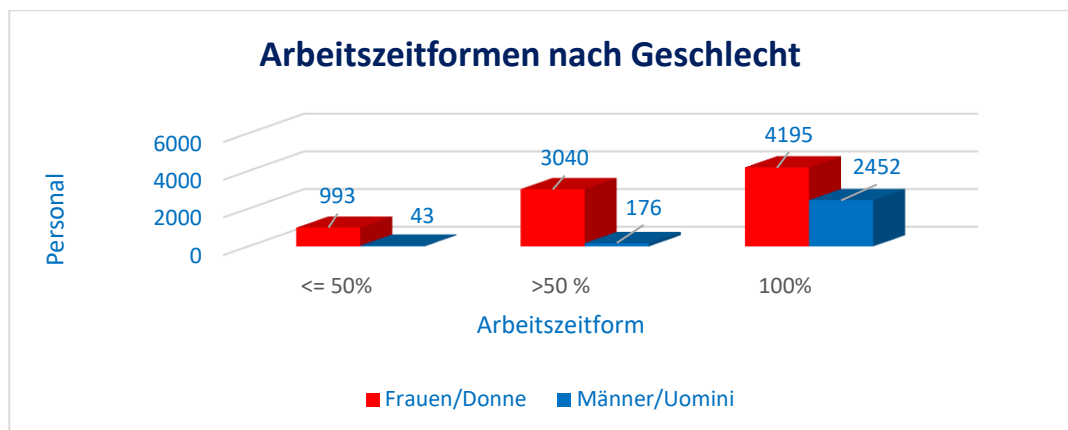


Wie aus der obigen Grafik ersichtlich ist, stellt das Vollzeitpersonal 61 % der Gesamtbelegschaft dar, 9 % der Bediensteten arbeiten in Teilzeit mit ≤ 50 %, und 30 % arbeiten in Teilzeit mit > 50 %. Die Anzahl der Mitarbeitenden mit Teilzeitvertrag beträgt 4.252 von insgesamt 10.899 Beschäftigten.

Arbeitszeitformen Voll- und Teilzeit nach Geschlecht

Arbeitszeitformen	Frauen	Männer	Insgesamt
Teilzeit <=50%	993	43	1.036
Teilzeit >50%	3.040	176	3.216
Vollzeit	4.195	2.452	6.647
Insgesamt	8.228	2.671	10.899

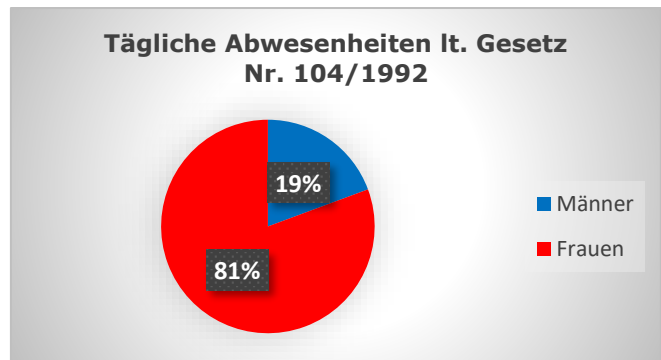
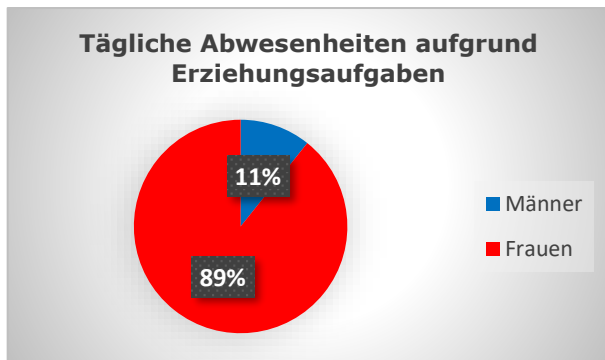
Wie oben erläutert, arbeiten 61 % der Angestellten in Vollzeit; laut Geschlechteranalyse arbeiten ca. 92 % der Männer (in Zahlen: 2.452) in Vollzeit, während es bei den Frauen ca. 51 % sind (in Zahlen: 4.195). Es ist deutlich zu erkennen, dass ein erhebliches Ungleichgewicht zwischen den Geschlechtern bei der Nutzung dieses Arbeitsmodells besteht, das überwiegend von Frauen in Anspruch genommen wird.



Abwesenheiten und Geschlecht

Zum 30.09.2025 wurden 89% der täglichen Abwesenheiten aufgrund von Erziehungsaufgaben von weiblichen Beschäftigten und 11% vom männlichen Personal in Anspruch genommen.

Zum 30.09.2025 wurden die täglichen Freistellungen gemäß Gesetz Nr. 104 von 1992 zu 81% von weiblichen Beschäftigten und zu 19% von männlichen Beschäftigten in Anspruch genommen.



Zum 30.09.2025 wurden die stundenweisen Freistellungen gemäß Gesetz Nr. 104 von 1992 zu 78% von weiblichen Beschäftigten und zu 22% von männlichen Beschäftigten in Anspruch genommen.

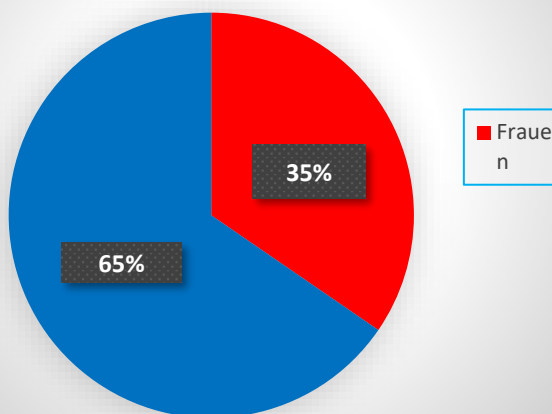


Wie aus den Grafiken ersichtlich ist, nehmen männliche Beschäftigte die im Zusammenhang mit dem Gesetz Nr. 104 von 1992 stehenden Freistellungen in deutlich größerem Umfang in Anspruch als jene, die mit Elternzeitregelungen verbunden sind.

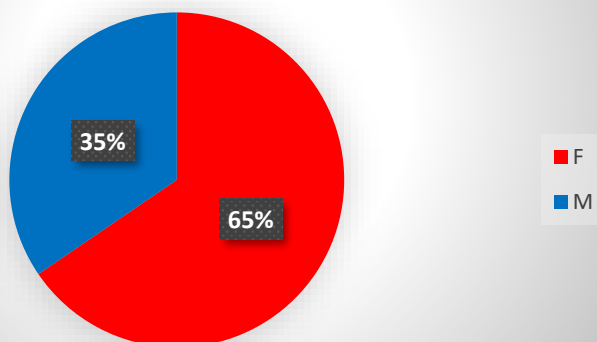
Führungs- und Nichtführungspositionen

Im Jahr 2025 wird der Fokus auf den verantwortungsvollen, nicht in die Führungsebene fallenden Positionen (Koordinatorinnen/Koordinatoren und deren Stellvertretungen) gelegt und einem Vergleich mit den Daten aus 2024 zu den Führungspositionen. Siehe dazu die beiden untenstehenden Grafiken:

Führungspositionen laut Geschlecht zum 31.10.2024

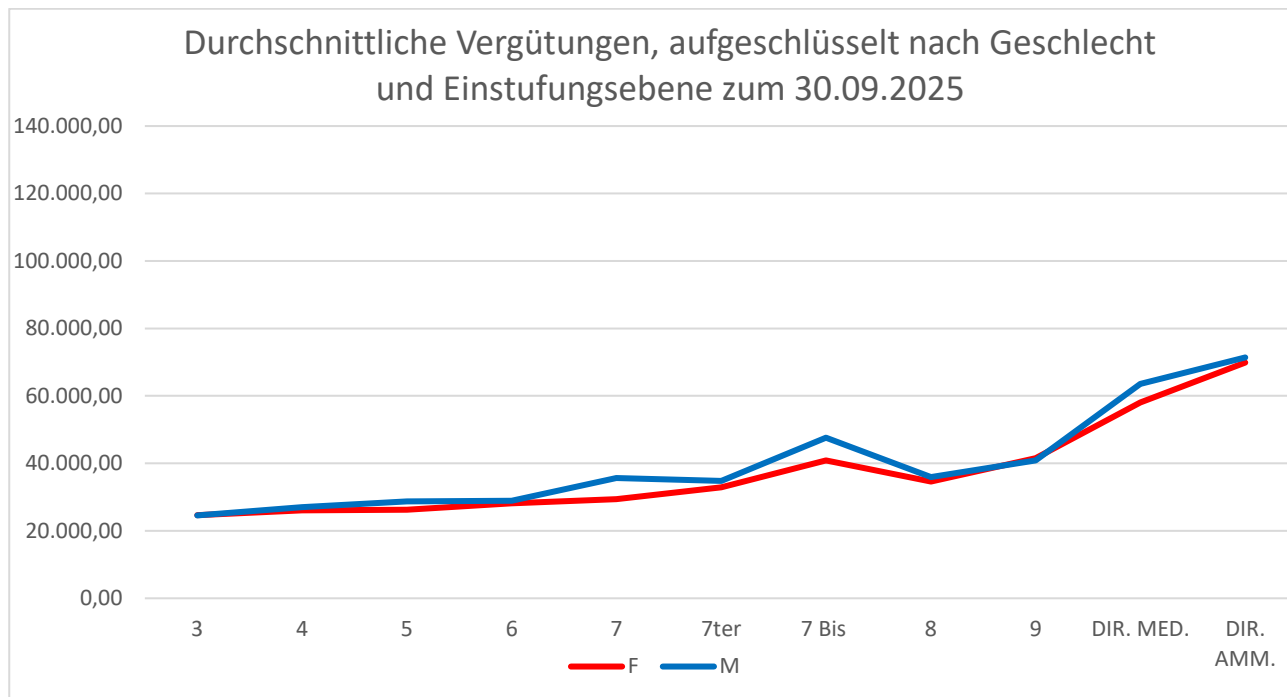


Nicht in die Führungsebene fallenden Positionen Koordinatoren/innen und Stellvertreter/innen zum 30.09.2025



Die Auswertung der Grafiken zeigt, dass die Daten ein spiegelbildliches Verhältnis zwischen der Geschlechterverteilung im Koordinationspersonal und den Führungspositionen aufweisen: Obwohl Frauen 65% des Koordinationspersonals stellen, sind sie nur zu 35% in Führungspositionen vertreten. Im Gegensatz dazu machen Männer 35% des Koordinationspersonals aus, besetzen aber 65% der Führungspositionen. Dies verdeutlicht eine erhebliche Geschlechterungleichheit in den leitenden Positionen.

Vergütung nach Geschlecht



Aus dem Diagramm geht hervor, dass ab der sechsten Gehaltsstufe überwiegend höhere Vergütungen für männliche Beschäftigte entrichtet werden. Allerdings hat sich der Gehaltsunterschied zwischen Männern und Frauen im Vergleich zu den Vorjahren verringert, was auf einen teilweisen Fortschritt in Richtung größerer Lohngleichheit hinweist.

3.6.2 Dreijahresplan der positiven Aktionen und Gender Equality Plan (GEP)

Der Dreijahresplan 2024–2026 bildet die zentrale Grundlage für das Engagement des Südtiroler Sanitätsbetriebs in den Bereichen Inklusion, Gleichberechtigung und Wohlbefinden.

Er setzt einen klaren Rahmen, um Maßnahmen zu fördern, die die Wertschätzung und Gesundheit der Mitarbeitenden in den Mittelpunkt stellen. Dabei verfolgt er das Ziel, ein Arbeitsumfeld zu schaffen, das Chancengleichheit sichert, Diskriminierung vorbeugt und ein positives Organisationsklima stärkt.

Zugleich unterstützt der Plan die Vereinbarkeit von Berufs- und Lebenszeit und schafft Strukturen, die nachhaltige Entwicklung ermöglichen. Mit seiner Umsetzung verpflichtet sich der Betrieb, diesen Maßnahmen Systematik, Kontinuität und Kohärenz zu verleihen.

Die Inhalte stehen im Einklang mit dem Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplan, dem Gesamtplan 2022–2024 sowie dem Verhaltenskodex zum Schutz der Würde aller Beschäftigten. Damit leistet der Dreijahresplan einen wesentlichen Beitrag zur Erreichung der strategischen Unternehmensziele bis 2026.

1. FORTBILDUNG

Übergreifende Fortbildungsprogramme zu Chancengleichheit, Nicht-Diskriminierung, Würde und betrieblichen Wohlbefinden

Ziel

Stärkung einer inklusiven Organisationskultur, die die Würde aller Personen respektiert, Diskriminierung und Belästigung wirksam verhindert und das organisatorische Wohlbefinden fördert.

Bereitstellung von Fortbildungsprogrammen für das gesamte Personal zu Themen wie Chancengleichheit, Inklusion, respektvolles Verhalten am Arbeitsplatz und Wohlbefinden (transversale Schulungen).

Umgesetzte Maßnahmen

- Kongress „Diversity Management (12.05.2025) – Die Einzigartigkeit ist unsere Stärke, Inklusion unsere Zukunft“
- Verschiedene Kurse zur De Eskalationskompetenz
- „Ministi: Grundqualifizierung zu LGBT+ Themen zur Verbesserung der professionellen Beziehung zwischen Fachkräften und Patient*innen“
- Kongress „Quality Day“ (29.05.2025)

Leadership Entwicklung und Prävention diskriminierenden Verhaltens

Ziel

Stärkung inklusiver Führungskompetenzen, faire Personalführung sowie Prävention von Bias und diskriminierenden Verhaltensweisen in Führungspositionen.

Umgesetzte Maßnahmen

- Kongress „Inklusive Führung“ für Führungskräfte und Koordinator*innen (14.05.2025)
- „Durch Veränderungen führen (05.–06.05.2025)
- Workshop der Verwaltungsdirektion und der Führungskräfte des Betriebes (November/Dezember 2025)
- „Effektive Führung“ (2 Ausgaben 2025: April/Mai, September/November)
- Kurse zur Konfliktmediation
- „Gesundheit in Arbeitsgruppen im Gesundheitswesen“ (Cerismas)

Empowerment und Kompetenzentwicklung für Frauen

Ziel

Erhöhung der Präsenz von Frauen in Führungsrollen sowie Stärkung ihres Schutzes und ihrer beruflichen Entwicklung innerhalb des Unternehmens.

Umgesetzte Maßnahmen

- „Frauen in Führung“ (14.04.2025; Follow up: 29.05.2025) – Mentoring, Networking, Kompetenzaufbau (Verhandlung, Präsentation, Change Management)
- „Gewalt an Frauen“ (Meran)

2. ANLAUFSTELLEN

Prävention und Bekämpfung von Belästigung, Diskriminierung und Gewalt am Arbeitsplatz

Ziel

Sicherstellung eines respektvollen und sicheren Arbeitsumfelds mit wirksamen Mechanismen zur Prävention, Meldung und zum Schutz, insbesondere aufgrund konkreter gemeldeter Fälle und gesetzlicher Verpflichtungen des Arbeitgebers.

Umgesetzte Maßnahmen

- Funktionsweise und Kommunikation der Vertrauensrätin (externe, neutrale Instanz); operative Abstimmung mit dem CUG
- Anlaufstelle für Krisensituationen am Arbeitsplatz und Mobbing

Rekrutierung und fairer Zugang (Chancengleichheit, Transparenz)

Ziel

Sicherstellung von Chancengleichheit beim Zugang zu Beschäftigung (Ausschreibungen, Wettbewerbe, Mobilitätsverfahren, Verträge) sowie Abbau indirekter geschlechtsbezogener Barrieren.

Umgesetzte Maßnahmen

- Auswahlverfahren mit klaren und zugänglichen Kriterien (unbefristet, befristet, Werkverträge, Mobilität), mehrsprachige Kommunikation
- Hervorhebung des Gleichstellungsengagements und des Prinzips der Chancengleichheit in Ausschreibungen

Kommunikation und Organisationskultur (Dialog, Partizipation, Konsultation)

Ziel

Förderung einer Kultur des Dialogs und der aktiven Mitarbeit durch strukturierte Beteiligungsformate zur Organisationskultur, Gleichstellung und Wohlbefinden.

Umgesetzte Maßnahmen

- Kommunikationsinitiativen zu Gleichstellung, Sichtbarkeit und Anerkennung.
- Erhebung zum arbeitsbedingten Stress 2025

3. AUDIT Familie und Beruf

Permanente Zertifizierung 2025 AUDIT FAMILIEUNDBERUF

Ziel

Stärkung eines strukturellen und zertifizierten Systems zur Förderung der Vereinbarkeit als Hebel für Gleichstellung und Arbeitgeberattraktivität.

Umgesetzte Maßnahmen

- Abschluss des mehrjährigen Auditprozesses und Erhalt der permanenten Zertifizierung (September 2025)
- Angleichung an die Leitlinien des landesweiten Audits „familieundberuf“, regelmäßige Monitorings und kontinuierliche Verbesserungspläne

Unterstützende Dienstleistungen für Elternschaft und Betreuung (betriebliche Kindertagesstätten, Informationsdienste, Kooperationen)

Ziel

Unterstützung der Eltern und Reduktion der Auswirkungen von Betreuungslasten auf die berufliche Entwicklung, mit dem Ziel besserer Vereinbarkeit und stabiler beruflicher Kontinuität, in Einklang mit den Standards der Zertifizierung „Familie und Arbeit“.

Umgesetzte Maßnahmen

- Betrieb mehrerer betrieblicher Kindertagesstätten sowie Kooperationen mit externen Kinderbetreuungseinrichtungen mit Anpassung der Öffnungszeiten.

Flexible Arbeitsmodelle und Vereinbarkeit (modularer Teilzeit, Smart Working, geschützter Wiedereinstieg)

Ziel

Reduzierung geschlechtsbezogener Unterschiede aufgrund von Betreuungslasten durch flexible Arbeitszeitmodelle und mobiles Arbeiten, zur Erhöhung von Bindung, Attraktivität und Wohlbefinden nach der Elternzeit.

Umgesetzte Maßnahmen

- Umfangreiche Nutzung flexibler Arbeitszeiten, Teilzeitmodelle und personalisierter Dienstpläne; Anwendung von Smart Working/Telearbeit, wo mit den Diensten vereinbar
- Planung und Begleitung beim Wiedereinstieg nach Mutterschutz/Vaterschaft: Onboarding Prozess

4. GENDERMEDIZIN

Integration mit dem Aktionsplan für Gleichstellung und mit der Medizin der Geschlechter

Ziel

Angleichung der internen Politiken an nationale/provinziale Vorgaben zur Gendermedizin, zur Stärkung von Kompetenzen, Indikatoren und einer geschlechtergerechten Organisationskultur.

Umgesetzte Maßnahmen

- Ernennung der Fach- und Arbeitsgruppe "Gendermedizin",
- Ernennung des Betriebsbeauftragten für Gendermedizin

FÜHRUNGSKRÄFTEENTWICKLUNG

Im Verlauf des Jahres 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb das im Jahr 2024 eingeführte Konzept zur Entwicklung der Führungskompetenzen weiter gefestigt und ausgebaut. Nach der Definition des Referenzmodells und der Einführung erster Maßnahmen stellte 2025 das Jahr der vollen operativen Umsetzung dar, mit einer systematischen Stärkung der Aktivitäten für Führungskräfte und angehende Führungskräfte.

Das vom Betrieb übernommene Leadership-Development-Konzept ist in vier grundlegende Kompetenzbereiche strukturiert:

- **Management- und Führungskompetenzen**
- **Soziale Kompetenzen**
- **Persönliche Kompetenzen**
- **Methodische Kompetenzen**

Auf Basis dieser Bereiche wurden im Jahr 2025 gezielte Maßnahmen umgesetzt, um einen kohärenten, kontinuierlichen und qualitätsorientierten beruflichen Entwicklungsweg für Führungskräfte zu gewährleisten.

Parallel dazu wurde ein Coaching-Angebot eingerichtet, das Führungskräften zur Verfügung steht, die individuelle Unterstützung in der Bewältigung komplexer Situationen oder in der Entwicklung ihrer Führungsfähigkeiten benötigen. Im Jahr 2026 starten die ersten Coachings.

Entwicklungsprogramm für zukünftige Führungskräfte

Im Jahr 2024 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb ein strukturiertes Programm zur Identifizierung und Entwicklung zukünftiger interner Führungskräfte gestartet.

Im Mai 2024 wurden 65 Mitarbeitende aus den drei Unternehmensbereichen (Pflegedirektion, Sanitätsdirektion und Verwaltungsdirektion) bewertet. Nach dem Assessment wurden 47 Personen in das zweijährige Ausbildungsprogramm aufgenommen, das offiziell mit dem ersten Workshop Ende 2024 begann.

Das Jahr 2025 stellte eine zentrale Phase für die Fortsetzung des Programms dar.

Im Laufe des Jahres wurden durchgeführt:

- Vier Weiterbildungsmodule, die sich auf Schlüsselkompetenzen der Führung, auf die Stärkung der Kommunikationsfähigkeiten, auf Teamführung und auf die Rollenbewusstheit von Führungskräften konzentrierten
- Regelmäßige Treffen mit Mentoren und direkten Vorgesetzten, um individuelle Unterstützung, Orientierung und Austausch zu beruflichen Erfahrungen zu bieten
- Begleitende Sitzungen mit den Teilnehmenden, um praxisnahes Lernen und die Anwendung der erworbenen Kompetenzen zu fördern

Diese Aktivitäten ermöglichten es, die im Jahr 2024 begonnenen Maßnahmen zu festigen und das kontinuierliche Wachstum der Teilnehmenden zu unterstützen – gemäß einem Modell, das Management-, Sozial-, Personal- und Methodenkompetenzen integriert.

MITARBEITERFÖRDERGESPRÄCH

Im Jahr 2025 wurde das Konzept des Mitarbeiterfördersgesprächs und der Kompetenzanalyse, das ursprünglich 2024 ausgearbeitet worden war, weiter verfeinert und für die Präsentation an die Unternehmensführung vorbereitet.

Ein zentrales Ziel des Jahres war die Digitalisierung und Informatisierung des Instruments, um es zugänglicher, strukturierter und stärker in die Personalmanagementprozesse zu integrieren.

In den letzten Monaten des Jahres 2025 wurde das Modell für den Verwaltungs-Technischen Bereich implementiert.

Im Laufe des Jahres 2026 wird die Arbeit fortgesetzt, indem die Wirksamkeit der Umsetzung überprüft und bewertet wird, wie das Modell auf das gesamte Unternehmen ausgeweitet werden kann.

KÜNDIGUNGEN – AUSTRITTSGESPRÄCHE

Im Jahr 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb den 2024 eingeführten Ansatz für Austrittsgespräche mit ausscheidendem Personal bestätigt und weiter konsolidiert.

Angesichts der sehr positiven Rückmeldungen zu den personalisierten telefonischen Gesprächen wurde diese Modalität auch 2025 beibehalten und weiter strukturiert.

Jede Mitarbeiterin bzw. jeder Mitarbeiter, die bzw. der kündigt, wird telefonisch von einer zuständigen Kontaktperson erreicht, um Informationen zu sammeln, die für das Verständnis der Austrittsgründe und der Faktoren, die die Mitarbeiterbindung beeinflussen, relevant sind.

Neben allgemeinen Daten — wie persönliche Angaben, Dienstjahre und Herkunftsabteilung — werden auch grundlegende qualitative Elemente erhoben:

- Gründe für die Entscheidung, das Unternehmen zu verlassen
- Wahrnehmung des Arbeitsklimas im eigenen Team
- Qualität der Beziehung zur direkten vorgesetzten Person
- Eventueller Vergleich mit dem neuen Arbeitgeber

- Verbesserungsvorschläge zur Optimierung des Arbeitsumfelds

Diese systematische Erhebung von Feedback stellt einen wertvollen Moment des Zuhörens dar und ermöglicht eine präzisere Identifikation kritischer Punkte und Verbesserungsbereiche aus Sicht der Mitarbeitenden.

Die Ergebnisse der Austrittsgespräche werden halbjährlich der Unternehmensführung präsentiert und bilden eine strategische Grundlage für die Entwicklung gezielter Maßnahmen, spezifischer Schulungsprogramme und Initiativen zur kontinuierlichen Verbesserung der Arbeitsqualität im Südtiroler Sanitätsbetrieb — mit dem Ziel, die Mitarbeiterbindung und -zufriedenheit zu stärken.

3.6.3 Vorbeugung von Gewalt gegen Mitarbeiter

Die Prozedur 2298/20 Rev. 06 „Meldung und Verwaltung von Gewaltsituationen gegen sanitäres Personal“ wurde nach der Genehmigung im Führungsgremium vom 14.04.2025 veröffentlicht.

Wichtige Anlagen sind: „Richtlinie Präventionsprogramm und Strategien zur Überwachung von Gewaltsituationen gegen sanitäres Personal“ und „Checkliste zur Bewertung des spezifischen Risikos Gewaltsituationen gegen sanitäres Personal“.

Am 22.05. und 30.05. wurden zwei Webinare durchgeführt, um die Prozedur vorzustellen und über das Online-Meldeportal zu informieren.

Meldung der Gewalt-/Aggressionsepisoden:

Das betroffene Personal öffnet über den Link [Meldung der Gewalt/Aggressionsepisode](#) den vorgesehenen Meldebogen und meldet das geschehene/erlebte Gewaltereignis dem/der direkten Vorgesetzten.

Der/die Betroffene oder der/die direkte Vorgesetzte füllt den Bogen vollständig aus, die Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet. Es ist nützlich, die verwendeten Worte, Gebärden, sowie alle Gegebenheiten der Aggression detailliert zu beschreiben. Eine detaillierte Beschreibung des aggressiven Ereignisses ermöglicht die Analyse und Einschätzung des Ereignisses im Hinblick auf spätere Maßnahmen (Strafverfolgung von Amts wegen, Meldung eines Sentinel-Ereignisses usw.).

Zu den meldepflichtigen Ereignissen gehören:

- Gewaltepisoden (verbal, physisch, verbal und physisch mit und ohne Sachschaden) ausgeübt von Patienten/innen/Familienangehörigen/Begleitpersonen/Bevölkerung gegen sanitäres Personal.

In jedem Gesundheitsbezirk hat die Arbeitsgruppe „Sicherer Arbeitsplatz“ seine Aufgaben übernommen: erhält die Meldung, kontrolliert deren Vollständigkeit und kontaktiert bei Bedarf die/den direkte/n Vorgesetzte/n.

Es wurden eigene E-Mail-Adressen eingerichtet, auf die ausschließlich die Mitglieder der jeweiligen Mitglieder der Bezirksarbeitsgruppe Zugriff haben. Über diese Adressen hat das betroffene Personal die Möglichkeit, sich direkt an jene zu wenden, die die eigene Meldung bearbeiten.

violenza-gewalt.bz@sabes.it

violenza-gewalt.me@sabes.it

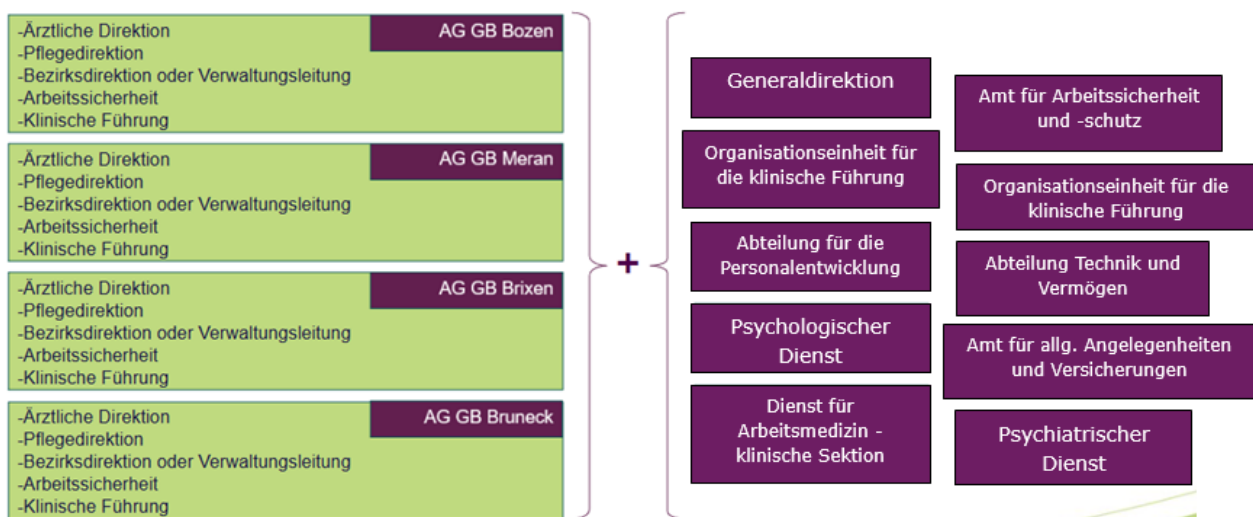
violenza-gewalt.bk@sabes.it

violenza-gewalt.bx@sabes.it

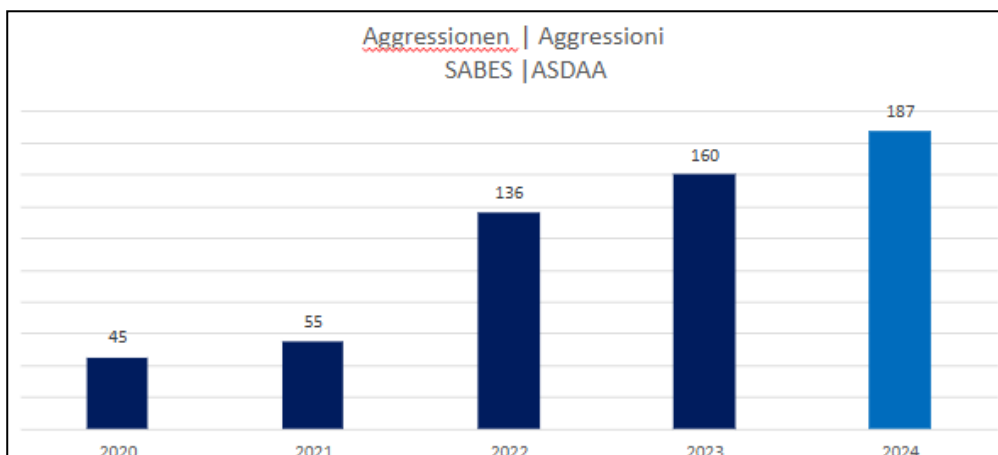
An strategischen Punkten mit hohem Aggressionsrisiko wurde Informationsmaterial ausgehängt:



Die betriebliche Arbeitsgruppe, welche 2025 ins Leben gerufen wurde, setzt sich aus den Mitgliedern der 4 Bezirksarbeitsgruppen zusammen, ergänzt mit weiteren wichtigen Figuren.



Eine wichtige Aufgabe ist die Analyse der numerischen Entwicklungen der Gewaltereignisse:



3.7 Plan zur Rationalisierung des Einsatzes von instrumenteller Ausrüstung

Im Jahr 2025 wurde der Plan in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen umgesetzt, mit besonderem Augenmerk auf die Senkung der Verwaltungskosten, die Aktualisierung der Technologien sowie die Verbesserung der administrativen und gesundheitlichen Effizienz. Die durchgeführten Maßnahmen umfassten die Einführung neuer Hardware-Ausstattungen zur Unterstützung des unternehmensweiten Krankenhausinformationssystems, die Aktualisierung der Arbeitsplätze sowohl im Hardware- als auch Softwarebereich sowie die Ausarbeitung von Strategien für eine schrittweise Erneuerung veralteter Geräte, zum Zweck der Automatisierung und zur Sicherstellung der betrieblichen Kontinuität. Auf diese Weise konnten die Ziele in den Bereichen Effizienz, technologischer Innovation und Kostenbegrenzung erreicht werden.

Die Cloud-Migration ist ein strategisches Vorhaben zur schrittweisen Verlagerung ausgewählter IT-Systeme und -Dienste in eine Cloud-basierte Infrastruktur. Ziel ist es, die Betriebssicherheit, die Skalierbarkeit sowie die wirtschaftliche Steuerbarkeit der IT-Kosten zu verbessern und gleichzeitig die Voraussetzungen für eine moderne, resiliente und zukunftsfähige IT-Landschaft zu schaffen. Diese Aktivitäten sind nicht als isoliertes IT-Projekt zu sehen, sondern als schrittweiser Transformationsprozess, eng abgestimmt mit der Autonomen Provinz Bozen und SIAG (Südtiroler Informatik AG), insbesondere im Rahmen der Konsolidierung auf das einheitliche Datacenter Südtirol.

3.8 Ökologische Nachhaltigkeit

Im Laufe des Jahres 2025 hat der Südtiroler Sanitätsbetrieb die im Bereich der umweltbezogenen Nachhaltigkeit vorgesehenen Maßnahmen umgesetzt, in Übereinstimmung mit den Vorgaben des Integrierten Tätigkeits- und Organisationsplans (ITOP) 2025–2027, der diesen Themenbereich als querschnittliche Komponente des öffentlichen Mehrwerts und des Verwaltungshandelns definiert.

Die im Berichtsjahr durchgeführten Aktivitäten konzentrierten sich insbesondere auf die Förderung nachhaltiger organisatorischer Verhaltensweisen, mit besonderem Augenmerk auf die Mobilität der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Reduktion der umweltbezogenen Auswirkungen der Pendlerbewegungen zwischen Wohn- und Arbeitsort sowie die Verbreitung von Praktiken im Einklang mit dem Schutz der Umwelt und der kollektiven Gesundheit.

Zu den wichtigsten im Jahr 2025 umgesetzten Initiativen zählt die Einführung und Verbreitung des betrieblichen Abonnements für den öffentlichen Personennahverkehr der Provinz „Südtirolmobil Fix 365“, das den Bediensteten des Südtiroler Sanitätsbetriebs über einen Gutschein im Wert von 250 Euro für den Erwerb des elektronischen Jahresabonnements zur Verfügung gestellt wurde.

Die Initiative richtete sich an unbefristet angestelltes Personal sowie an befristet beschäftigte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr und verzeichnete im Laufe des Jahres eine sehr hohe Beteiligung.

Zum Zeitpunkt der Datenerhebung ergaben sich folgende Kennzahlen:

- 8.664 online generierte Gutscheine durch das Betriebspersonal;
- davon 8.093 tatsächlich eingelöste Gutscheine;
- eine Beteiligung von über zwei Dritteln der gesamten Belegschaft.

Diese Daten belegen eine breite und bereichsübergreifende Inanspruchnahme der Maßnahme und bestätigen das ausgeprägte Interesse des Personals an alternativen Mobilitätsformen gegenüber der Nutzung des privaten Kraftfahrzeugs.

Die Teilnahme am Abonnement Fix 365 leistet einen konkreten Beitrag zur Erreichung der im ITOP 2025–2027 festgelegten Ziele im Bereich der umweltbezogenen Nachhaltigkeit, da sie insbesondere:

- zur Reduktion der durch den Individualverkehr verursachten Emissionen beiträgt;
- eine effizientere Nutzung des öffentlichen Verkehrssystems auf Landesebene fördert;
- indirekte positive Effekte auf die Gesundheit der Bevölkerung und die Luftqualität bewirkt;
- eine stärkere Integration mit Formen aktiver Mobilität (z. B. Fuß- oder Radwege in Kombination mit dem öffentlichen Verkehr) unterstützt.

Die Initiative besitzt daher nicht nur eine umweltpolitische Relevanz, sondern trägt auch zur Förderung nachhaltiger Lebensstile sowie zur Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens des Personals bei.

Die im Jahr 2025 im Bereich der umweltbezogenen Nachhaltigkeit umgesetzten Maßnahmen wurden kohärent in den betrieblichen Performancezyklus integriert und finden sowohl in der Programmierung des ITOP als auch in der jährlichen Ergebnisberichterstattung ihren Niederschlag.

Die nachhaltige Mobilität des Personals stellt dabei einen Themenbereich dar, in dem konkrete und messbare Ergebnisse erzielt werden konnten und bildet eine tragfähige Grundlage für die Weiterentwicklung der umweltbezogenen Politiken des Südtiroler Sanitätsbetriebs im Dreijahreszeitraum 2025–2027.

ABSCHNITT 4 - ÜBERWACHUNG

4.1 Maßnahmen zur Überwachung der Performance

Gemäß Artikel 6 und 10, Absatz 1, Buchstabe b) des Gesetzesdekrets Nr. 150 vom 27. Oktober 2009 überprüft der Sanitätsbetrieb den Verlauf der Performance in Bezug auf die für den Bezugszeitraum geplanten Ziele und weist auf die Notwendigkeit und Angemessenheit von Korrekturmaßnahmen im Laufe des Jahres hin. Dies auch in Bezug auf das Eintreten unvorhersehbarer Ereignisse, die die Struktur der Organisation und die verfügbaren Ressourcen verändern. Änderungen der Ziele und Indikatoren hinsichtlich der individuellen und der Betriebs-Performance im Laufe des Jahres werden im Performance-Bericht berücksichtigt.

Die Referenten der im Jahrestätigkeitsprogramm definierten Ziele teilen zu diesem Zweck mit allen beteiligten operativen Einheiten die geplanten Maßnahmen und Fristen und überprüfen ständig den Grad der Zielerreichung, um rechtzeitig umzusetzende Korrekturmaßnahmen zu identifizieren. Stellt sich im Verlauf der geplanten Maßnahmen heraus, dass das gesetzte Ziel nicht erreicht werden kann, setzt der zuständige Referent die Betriebsdirektion unverzüglich unter Angabe der Gründe in Kenntnis, welche auch bei der abschließenden Bewertung zu berücksichtigen sind.

Bis zum 30. Juni des auf den Bezugszeitraum folgenden Jahres genehmigt der Südtiroler Sanitätsbetrieb den jährlichen Performance-Bericht, der abschließend die organisatorischen und individuellen Ergebnisse in Bezug auf die einzelnen geplanten Ziele und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen hervorhebt und etwaige Abweichungen feststellt.

Zur Messung und Bewertung der Erreichung der gesetzten Ziele, erstellen die Referenten der einzelnen Ziele einen Bericht über die erzielten Ergebnisse und begründen etwaige Abweichungen. Dieselben werden gesammelt und in einem Abschlussbericht dargestellt, der der Betriebsdirektion zur Analyse und Genehmigung vorgelegt wird.

4.2 Überwachung Internal Audit

Die Verordnung über das Internal Audit (Beschluss Nr. 150/2021) sieht vor, dass der Direktor des Amtes über die durchgeführten Tätigkeiten in einem "Jahresbericht" berichtet, der dem Generaldirektor innerhalb von zwei Monaten nach Ablauf der Jahresfrist zugestellt wird und Informationen über den Abdeckungsgrad der Prüfungen enthält, d.h. die Anzahl der durchgeführten Tätigkeiten geteilt durch die geplanten.

Im Jahr 2025 wurden die folgenden Verfahren/Prozesse geprüft:

- Bestimmung des Risiko - und Aufwendungsfonds
- Ankaufsverfahren über den EU-Schwellenwerten
- Berechnung der Abfertigung
- Schatzamtsprüfung.

Jedes Jahr führt das Interne Audit ein Follow-up-Verfahren, d. h. einen Überwachungsprozess, durch, um die tatsächliche Umsetzung der mit den geprüften Stellen bei der Abschlussbesprechung ("exit meeting") der Prüfung vereinbarten Aktionspläne zu überprüfen. Dieser Prozess dient auch dazu, die Wirksamkeit und Rechtzeitigkeit des Aktionsplans bei der Beseitigung der vom Internen Audit während der Prüfung festgestellten Unregelmäßigkeiten zu bewerten.

4.3 Unabhängiges Überwachungsbewertungsorgan - UBO

Das UBO überwacht das allgemeine Funktionieren des Bewertungssystems, die Transparenz und die Integrität der internen Kontrollen, auch durch den Zugriff auf die Ergebnisse der in der Verwaltung vorhandenen strategischen Kontroll- und Managementsysteme.¹

Im spezifischen Bereich der Leistung nimmt die UBO folgende Funktionen wahr:

- Begleitung und Bewertung: Erstellung eines Jahresberichts über den Zustand des Systems und Vorschläge für Empfehlungen zu seiner Verbesserung;
- Validierung der Performance: bestätigt den Performancebericht und stellt sicher, dass dieser für die Bürgerinnen und Bürger sowie die Endnutzerinnen und Endnutzer klar und verständlich ist.
- Methodische Unterstützung: Unterstützt die Verwaltung auf methodischer Ebene und überprüft die Prozesse der Messung, Überwachung, Bewertung und Berichterstattung über die organisatorische und individuelle Leistung.²

Für den Abschnitt "Organisation und Humankapital" des Integrierten Tätigkeits- und Organisations-Plans ITOP wird die Überwachung der Kohärenz mit den Leistungszielen alle drei Jahre vom UBO durchgeführt.

Die Überwachung des Abschnitts "Korruptionsrisiken und Transparenz" erfolgt gemäß den Angaben der ANAC: Das UBO überprüft die Übereinstimmung zwischen den Maßnahmen zur Korruptionsprävention und den Zielen zur Verbesserung der Funktionalität des Betriebes.³

4.4 Maßnahmen zur Überwachung der Umsetzung des Dreijahresplans zur Korruptionsvorbeugung DPKPT und der Transparenzverpflichtungen

Umsetzung des DPKPT

Der Plan sieht folgendes System zur Überwachung der Umsetzung von Korruptionsbekämpfungsmaßnahmen vor: in Folge der Erhebung der Entscheidungsprozesse in den Risikobereichen und der daraus resultierenden Risikoerkennung wurden die bereits angewandten Präventionsmaßnahmen aufgelistet und umgesetzt (Indikatoren, Zeitrahmen, Verantwortliche und Methoden zur Überprüfung der Umsetzung). Kontrollen durch die Verwendung von Fragebögen zur Effektivität und Effizienz - siehe vorherige Absätze. Die Umsetzung der für das Jahr 2025 vorgesehenen Präventionsmaßnahmen wurde entsprechend den Ausführungen und Plänen der Referenten überwacht, auch unter Berücksichtigung etwaiger organisatorischer und gesetzlicher Änderungen. Siehe vorherige Abschnitte.

Wie bereits erwähnt, führt der A.K.T.B. die Überwachung mit Hilfe der ANAC - Plattform aus, sobald diese verfügbar ist.

Umsetzung der Transparenzverpflichtungen

Die Überwachung der Umsetzung der Transparenzverpflichtungen wird von den Mitarbeitern des Südtiroler Sanitätsbetriebes durchgeführt, die von der TB (Transparenzbeauftragten) koordiniert werden, um die progressive Ausführung der geplanten Tätigkeiten und das Erreichen der gesetzten Ziele zu überprüfen.

¹ von GD 150, Art. 6, Aktualisierung Madia

² <https://www.performance.gov.it/organismi-indipendenti-valutazione>

³ Dekret Ministerpräsident 30 Juni 2022, Art. 5 Abs.2

Das Monitoring erfolgt in der Regel alle vier Monate und betrifft die Überprüfung der Programmdurchführung durch die Erhebung von Aktivitäten und die Angabe von Abweichungen vom ursprünglichen Plan sowie eine eventuelle Neuprogrammierung zur Zielerreichung.

Regelmäßige Kontrollen der Zugänge, insbesondere der allgemeinen Bürgerzugänge, sowie Erstellung und Veröffentlichung des Zugangsregisters.

Der Betrieb hat einen Fragebogen für die Besucher der Sektion erarbeitet und auf seiner Website veröffentlicht, der darauf abzielt, Elemente zu erfassen, die sich auf die effektive Nutzung der veröffentlichten Daten, den Grad der Zufriedenheit mit den vorgefundenen Informationen und den Grad der Klarheit derselben beziehen. Dieses Feedback ist für den Südtiroler Sanitätsbetrieb nützlich für mögliche weitere Interventionen zur Verbesserung.

Die Liste der Veröffentlichungspflichten liegen dem ITOP bei.

4.5 Überwachung der Organisation und der Humanressourcen

Für die Sektion "Organisation und Humanressourcen" wird die Überwachung mit den Leistungszielen vom unabhängigen Bewertungsorgan gemäß Art. 14 des Gesetzesdekrets Nr. 150 vom 27. Oktober 2009 durchgeführt.

4.6 Überwachung der Qualität der Dienste

4.6.1 Patientenzufriedenheit

Die Bewertung der Qualität der Leistungen durch Patientinnen und Patienten ist ein wichtiger Qualitätsindikator, der in der geltenden nationalen Gesetzgebung sowie in den entsprechenden Landesgesetzen und -verordnungen vorgesehen ist. Gemäß der Richtlinie des Präsidenten des Ministerrats – Abteilung für öffentliche Verwaltung – vom 24.03.2004 tragen Erhebungen zur wahrgenommenen Qualität dazu bei, neue Formen der Dienstleistungserbringung zu identifizieren oder bestehende zu verbessern. Zudem kann die Ermittlung der Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger die Entwicklung stärker zielgruppenorientierter Angebote erleichtern und zur Ausarbeitung von Interventionsstrategien und Verbesserungsprogrammen beitragen. Darüber hinaus stärkt die Einbindung und Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger das Vertrauen in die Dienste des Südtiroler Sanitätsbetriebs.

Seit dem Jahr 2008 besteht ein Protokoll mit der Verbraucherzentrale Südtirol, das die Durchführung regelmäßiger Zufriedenheitsumfragen innerhalb des Südtiroler Sanitätsbetriebs vorsieht. Das Amt für Bürgeranliegen hat daher regelmäßig Zufriedenheitsbefragungen durchgeführt, mittels Erhebungen, die abwechselnd in den stationären und ambulanten Bereichen sowie in der Notaufnahme und in anderen betrieblichen Diensten stattfanden.

Im Jahr 2025 wurde eine Zufriedenheitsumfrage zu den in den 7 Krankenhäusern des Südtiroler Sanitätsbetriebes erbrachten ambulanten Leistungen durchgeführt. Die Umfrage betraf alle Fachrichtungen, mit Ausnahme der Laborleistungen und der Radiologie. Die Erhebung konzentrierte sich auf die Themen Vormerkung für ambulante Leistungen, die Servicequalität an den Kassen- und Annahmeschaltern, die wahrgenommene Qualität der medizinischen und pflegerischen Betreuung, die Vertraulichkeit und Höflichkeit des Personals sowie auf die Möglichkeit, das Fachgebiet anzugeben, in dem die Leistung erbracht wurde.

Die Hauptziele der Erhebung sind die Überwachung der wahrgenommenen Qualität der ambulanten Leistungen, die Identifizierung möglicher kritischer Aspekte und Stärken, die Unterstützung bei der Planung

von Verbesserungsmaßnahmen sowie die Stärkung des Vertrauensverhältnisses zwischen der Bevölkerung und dem Gesundheitssystem.

Die Ergebnisse der Umfrage tragen außerdem dazu bei, die Ressourcenallokation zu steuern und einen zunehmend stärker an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer orientierten Ansatz zu fördern.

Die Fragebögen wurden digital mittels eines bereitgestellten QR-Codes ausgefüllt; zusätzlich standen auf Wunsch der Patientinnen und Patienten auch Papierformulare zur Verfügung. Die Umfrage fand über vier Wochen hinweg zwischen November und Dezember 2025 statt, und es wurde folgender Patientenzulauf berechnet: Bozen 62.500, Brixen 25.700, Bruneck 31.500, Meran 32.000, Innichen 6.000, Schlanders 6.600 und Sterzing 7.300. Die Ergebnisse der Umfrage werden in der ersten Hälfte des Jahres 2026 analysiert und der strategischen Direktion präsentiert.

Im Jahr 2025 wurde im Labor Meran eine Befragung der Allgemeinmediziner durchgeführt. Diese waren mit der Dienstleistung zufrieden. Für das Jahr 2026 ist eine entsprechende interne Umfrage geplant. Zudem wurde im Krankenhaus Brixen und Sterzing eine Erhebung unter den stationär aufgenommenen Patienten vorgenommen. Die Ergebnisse waren sehr zufriedenstellend.

Für die Jahre 2026 und 2027 wird die Machbarkeit eines automatischen und kontinuierlichen Systems zur Erfassung der Patientenzufriedenheit überprüft, unter Einsatz moderner IT-Tools, die 365 Tage im Jahr über einen Bereich der Unternehmens-Homepage zugänglich sein werden.

4.6.2 Mitarbeiterzufriedenheit

Einschätzung von arbeitsbedingtem Stress

Die Ergebnisse der Bewertung des arbeitsbedingten Stresses wurden in der Zeitschrift ONE 3-25 veröffentlicht:

Untersuchung zu arbeitsbedingtem Stress

Fast 2.800 Mitarbeitende des Südtiroler Sanitätsbetriebes haben an der neuen Erhebung zum arbeitsbedingten Stress teilgenommen. Die Ergebnisse zeigen insgesamt eine positive Situation.

Arbeitsbedingter Stress tritt auf, wenn die Anforderungen des Arbeitsumfeldes die Fähigkeiten und Ressourcen der Mitarbeitenden übersteigen. Er entsteht dann, wenn Menschen ein Ungleichgewicht zwischen den an sie gerichteten Erwartungen und den verfügbaren Mitteln zur Erfüllung dieser Erwartungen wahrnehmen.

Zu den Hauptfaktoren, die diesen Zustand verursachen können, gehören: übermäßige Arbeitsbelastung, geringe Autonomie, zwischenmenschliche Konflikte, Unklarheit über die eigene Rolle und belastende Arbeitszeiten.

Aus diesem Grund verpflichtet die geltende Gesetzgebung (Legislativdekret 81/2008) die Unternehmen zur Bewertung und zum Management des Risikos arbeitsbedingten Stresses, indem Strategien der Prävention, Unterstützung und Förderung des organisatorischen Wohlbefindens eingeführt werden.

Der Südtiroler Sanitätsbetrieb hat eine neue Untersuchung zum arbeitsbedingten Stress gestartet und das Personal über einen Online-Fragebogen miteinbezogen.

Die Erhebung berücksichtigte zwei Hauptbereiche:

- Arbeitsinhalte: Arbeitsumgebung und -mittel, Arbeitsaufgaben, Arbeitsbelastung und -rhythmus, Arbeitszeit.
- Arbeitskontext: Organisation, zwischenmenschliche Beziehungen, Rolle, Entwicklung und Karriere, Entscheidungsspielräume, soziale Unternehmensverantwortung.

Teilnahme:

- Gesamtzahl der Eingeladenen: 6.416
- Teilnehmende: 2.797 (44 Prozent Rücklaufquote)
- Verteilung: 60 Prozent Verwaltung, 47 Prozent Pflegepersonal, 34 Prozent Gesundheitspersonal.

Gesamtergebnisse:

Das synthetische Risikoniveau, berechnet auf Basis der durchschnittlichen Antworten, lag bei 34 Punkten, was einem mittleren bis niedrigen Niveau (26–50 Prozent) entspricht. Dies bedeutet, dass die Situation insgesamt zufriedenstellend ist und keine besonders relevanten Risikobedingungen festgestellt wurden. Allerdings wurden sowohl Stärken als auch verbesserungswürdige Aspekte deutlich.

Stärken:

Die von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am meisten geschätzten Bereiche betreffen:

- **Arbeitsaufgaben:** Klarheit der Tätigkeiten und der einzuhaltenden Verfahren.
- **Autonomie:** Fähigkeit, Probleme eigenständig zu bewältigen und zu lösen.
- **Rolle:** Kenntnis der eigenen Verantwortlichkeiten und jener der Kolleginnen und Kollegen.
- **Zwischenmenschliche Beziehungen:** Qualität der Teamarbeit und Abwesenheit von Diskriminierung.
- **Organisation:** Klarheit der Abteilungs- beziehungsweise Büroziele.
- **Karriere und Entwicklung:** Wahrnehmung von Unternehmensstabilität und Arbeitsplatzsicherheit.

Kritische Aspekte:

Unter den weniger geschätzten Elementen wurden hervorgehoben:

- **Personalbestand:** Wahrnehmung von unzureichendem Personal.
- **Zeit:** Schwierigkeiten, über ausreichend Zeit für die Erledigung der Aufgaben zu verfügen.
- **Emotionale Entlastung:** Eingeschränkte Möglichkeiten, mit Stress aus heiklen Situationen umzugehen.
- **Überstunden:** Häufige Notwendigkeit, über die vorgesehene Arbeitszeit hinaus zu arbeiten.
- **Schichtarbeit:** Probleme im Zusammenhang mit Schichtdiensten und nächtlicher Rufbereitschaft.
- **Vergütung:** Wahrnehmung einer nicht angemessenen Bezahlung im Verhältnis zur ausgeübten Tätigkeit.
- **Leistungsanerkennung:** Mangelnde Klarheit bei den Kriterien für Belohnungssysteme.
- **Betriebliche Sozialleistungen:** Begrenztes Angebot an Unterstützungsdiensten für das Privatleben.

Verbesserungsmaßnahmen:

Auf der Grundlage der Ergebnisse hat der Sanitätsbetrieb zehn Verbesserungsmaßnahmen ausfindig gemacht, darunter vier Beispiele:

1. Management der Wartezeiten
2. Optimierung der Wartelisten, um sowohl den Service für die Nutzer als auch die interne Planung zu verbessern.
3. Vernetzung der sieben Betriebskrankenhäuser und Einrichtung von Referenzzentren
Verbesserung der Steuerung der Abläufe zwischen Krankenhaus- und ambulanter Versorgung vor Ort durch eine ausgewogenere Verteilung der Arbeitslast.
4. Konsolidierung des Smart Working
Förderung einer flexibleren Organisation, die Beruf und Privatleben besser in Einklang bringt.

Zusammenfassend hat die Erhebung 2024–2025 eine insgesamt positive Situation bestätigt, mit einem mittleren bis niedrigen Risiko arbeitsbedingten Stresses. Dennoch gibt es Bereiche, die besondere Aufmerksamkeit erfordern und gezielte Maßnahmen notwendig machen, insbesondere im Hinblick auf Zeitmanagement, ausgewogene Arbeitsbelastung und das allgemeine Wohlbefinden des Personals.

ANLAGEN

Anlage 1 – „Relazione al Programma operativo annuale – Bericht zum Jahrestätigkeitsprogramm 2025“

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 2025

Sommario

PREMESSA	3
SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	5
1.1 Dati relativi all’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige	5
1.2 Analisi del contesto esterno.....	10
SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	15
2.1 Valore pubblico	15
2.2 Performance	15
2.2.1 Obiettivi di performance	15
2.2.1.1 Obiettivi strategici di medio-lungo periodo	15
2.2.1.2 Obiettivi annuali	27
2.2.2 Indicatori di performance.....	29
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	39
2.3.1 Prevenzione della corruzione.....	39
2.3.2 Trasparenza.....	44
2.4 Accessibilità fisica e digitale	46
2.4.1 Accessibilità fisica	46
2.4.2 Accessibilità digitale e lingua facile.....	48
2.5 Semplificazione.....	48
SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	50
3.1 Struttura organizzativa	50
3.2 Situazione economico-finanziaria per il 2025	50
3.3 Strategia di copertura del fabbisogno	51
3.4 Organizzazione del lavoro agile	52
3.5 Formazione del personale	52
3.6 Il Piano triennale delle azioni positive e il Gender equality plan – Le pari opportunità e l’equilibrio di genere.....	54
3.6.1 Analisi e monitoraggio dei dati sul personale	54
3.6.2 Piano triennale delle azioni positive e Gender equality plan (GEP)	59
3.6.3 Prevenzione della violenza contro il personale	63
3.7 Piano per razionalizzare l’utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD)	65
3.8 Sostenibilità ambientale	65
SEZIONE 4 - MONITORAGGIO	67
4.1 Misure di monitoraggio della performance.....	67
4.2 Monitoraggio Internal Audit.....	67

4.3 Monitoraggio Organismo Indipendente di Valutazione – OIV.....	68
4.4 Misure di monitoraggio dell’attuazione del PTPC e degli obblighi di trasparenza	68
4.5 Monitoraggio Organizzazione e capitale umano	69
4.6 Monitoraggio “Qualità”	69
4.6.1 Qualità percepita dai pazienti	69
4.6.2 Qualità percepita dai collaboratori.....	70
ALLEGATI.....	72

PREMESSA

La presente relazione illustra il raggiungimento nell'anno 2025 degli obiettivi fissati nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025 - 2027, che al suo interno prevede anche il Programma operativo annuale (POA) 2025.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha adottato il Piano integrato di attività e organizzazione 2025 – 2027 con delibera del Direttore Generale n. 1419 del 30.12.2024 e il Programma operativo annuale 2025 con delibera del Direttore Generale n. 1244 del 26.11.2024.

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", come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74;
- dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, come modificate dalla delibera n. 481 del 3 dicembre 2025, relativamente agli "obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- dalla disposizione n. 3 del novembre 2018, riguardanti le "Linee guida per la Relazione annuale sulla performance" emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica – Ufficio per la valutazione delle performance;
- dall'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);
- dalle "Procedure relative ai documenti di programmazione e valutazione del Servizio Sanitario Provinciale" emanate dalla Provincia autonoma di Bolzano – Alto Adige, Ripartizione Salute, Ufficio Economia sanitaria del 25.07.2025;
- dal "Sistema di misurazione e valutazione della performance – SMVP" approvato con delibera del Direttore Generale n. 861, del 9.09.2025.

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.

Finalità e contenuti

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, 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 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 dei singoli dipendenti, per il primo anno del periodo triennale.

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

L'adozione della Relazione sulla Performance anno 2025 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.

La presente Relazione sulla Performance illustra i principali risultati a livello complessivo aziendale rispetto all'efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali (performance aziendale) anche nella prospettiva della creazione del valore pubblico, ovvero al miglioramento del livello di benessere degli utenti e stakeholder di riferimento tenendo conto della quantità e della qualità delle risorse disponibili.

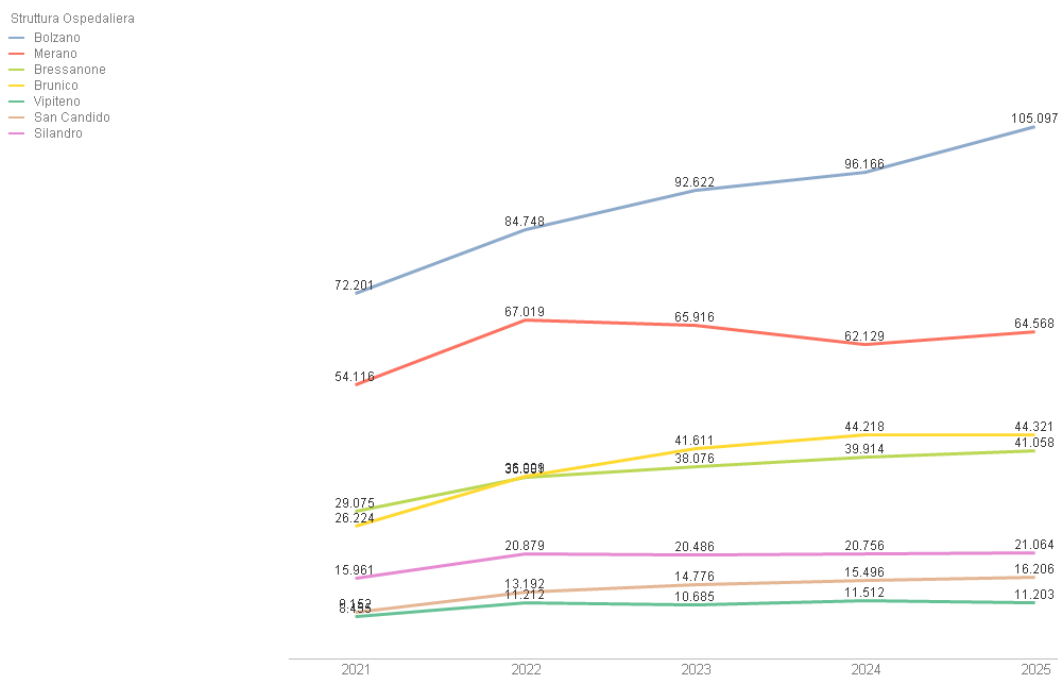
A tal fine si riportano nel capitolo 1.1. alcuni dati di attività e gli indicatori più significativi per rappresentare il grado di appropriatezza, qualità clinica ed efficienza raggiunti. Inoltre, nello stesso capitolo sono anche esposti dati relativamente alle risorse e ai piani di produzione.

La misurazione e valutazione della performance organizzativa e del raggiungimento degli obiettivi del Programma Operativo Annuale 2025 - sia a livello aziendale che a livello delle singole unità organizzative e dei 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.

SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

1.1 Dati relativi all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

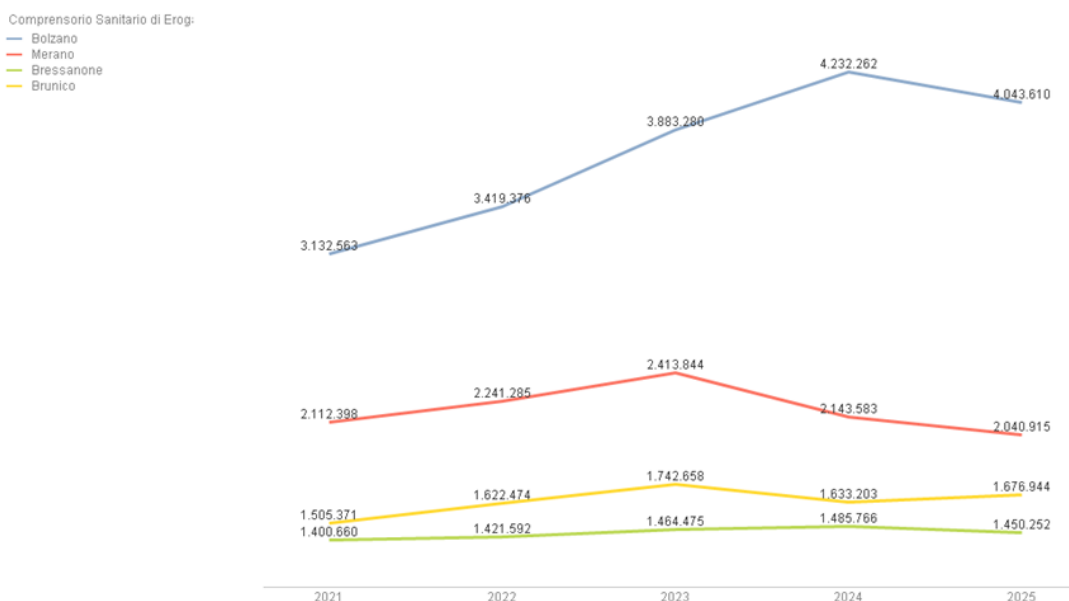
Accessi al Pronto Soccorso per Struttura Ospedaliera



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

A livello aziendale, il numero complessivo degli accessi al Pronto Soccorso ha registrato un aumento costante dalla fine della pandemia da Covid-19. Il numero complessivo di accessi per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è passato da 211.826 nel 2021 a 299.823 nel 2025 aumentando del 41,5%.

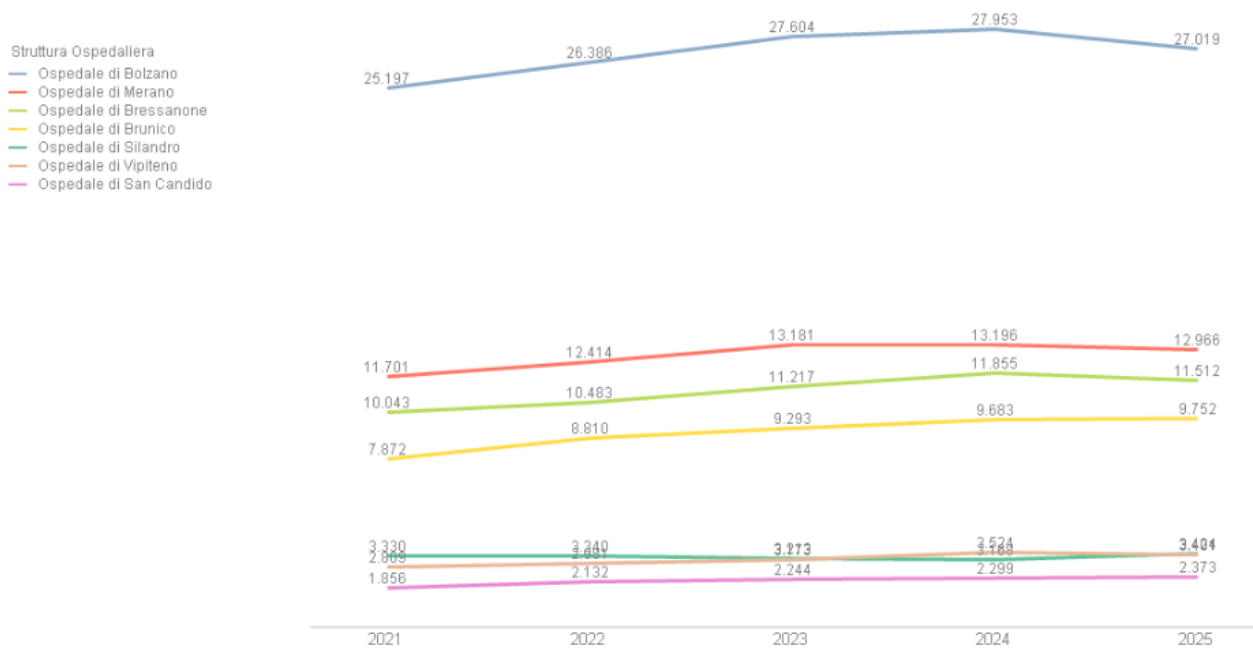
Prestazioni di medicina specialistica (prestazioni ambulatoriali) per Comprensorio Sanitario di Erogazione (Pronto Soccorso e Privati Convenzionati compreso)



Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige. Anno 2025: dati non definitivi.

Il numero complessivo di prestazioni dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è passato da 8.150.992 nel 2021 a 9.211.721 nel 2025, con un aumento del 13%.

Ricoveri Ospedalieri (ordinari e diurni)



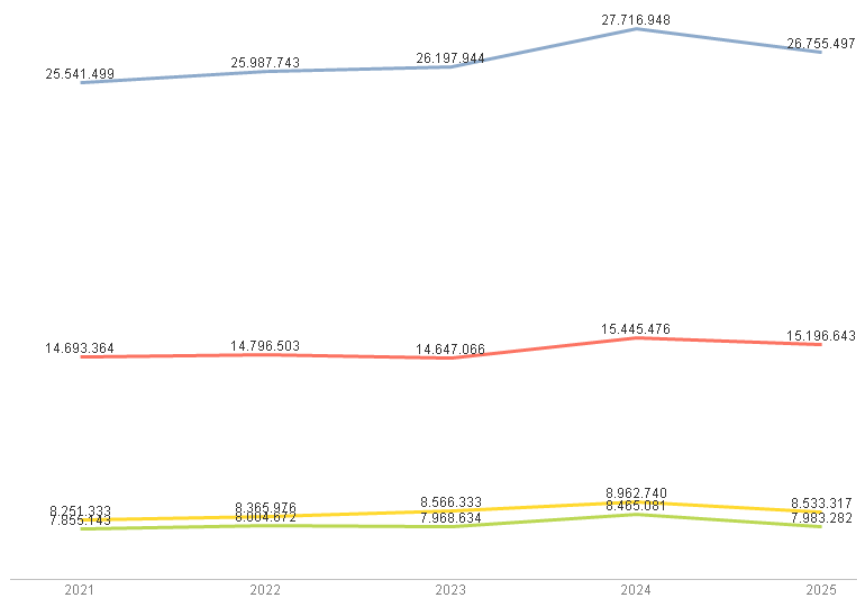
Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

Il numero dei ricoveri presso gli ospedali pubblici dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige da 66.801 nell'anno 2021 è arrivato a 70.447 nell'anno 2025, con un aumento del 12%.

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

Comprensorio Sanitario di Erog:

Bolzano
Merano
Bressanone
Brunico



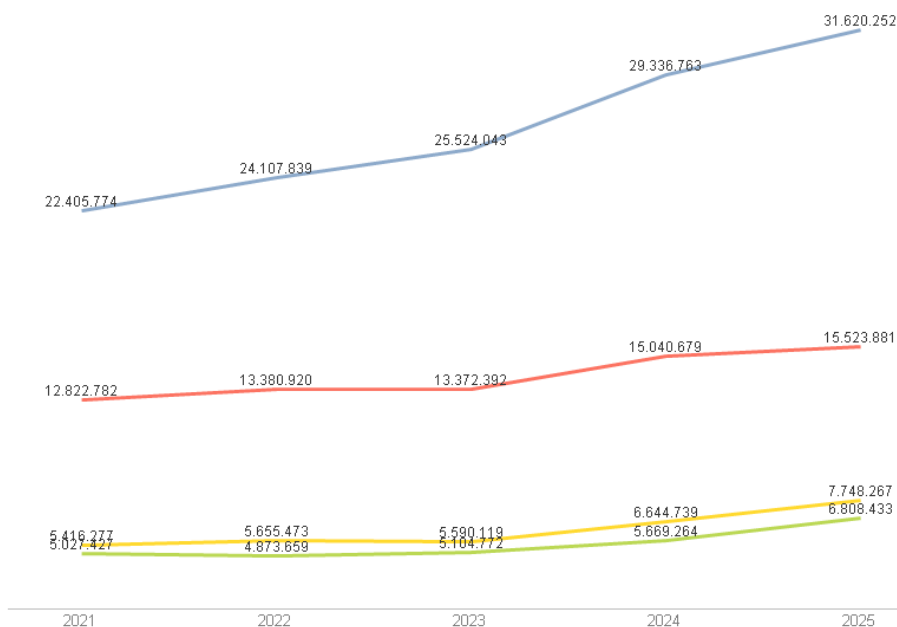
Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

La spesa complessiva dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è passata da 53.341.339 € nel 2021 a 64.943.930 € nel 2025, con un aumento del 22%.

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

Comprensorio Sanitario di Erog:

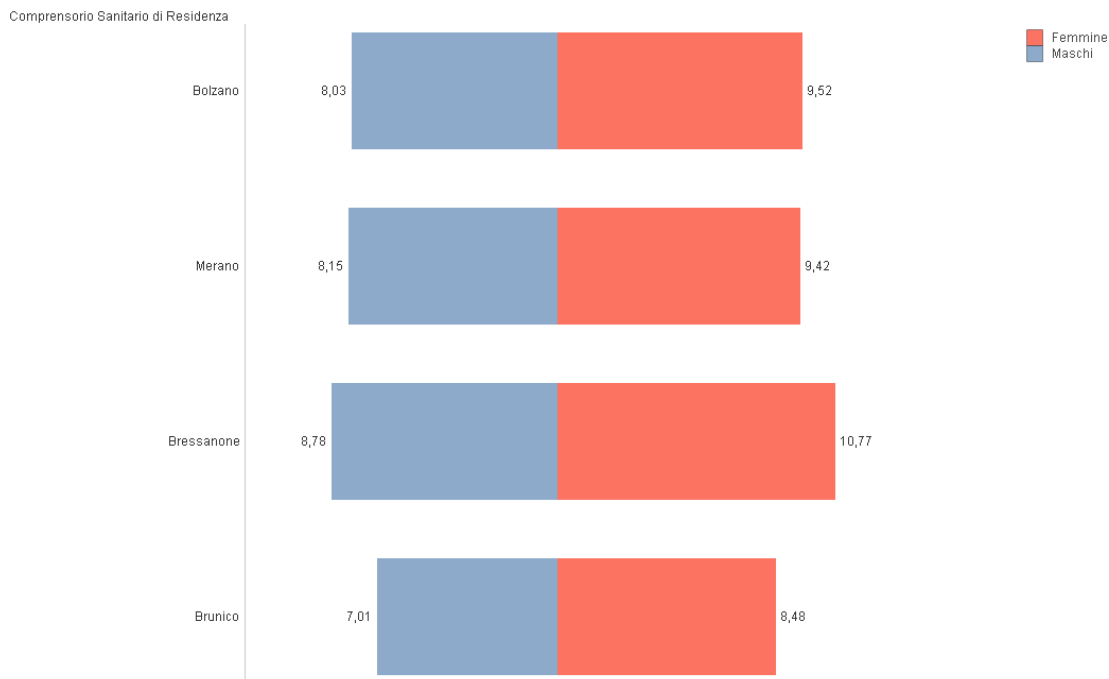
Bolzano
Merano
Bressanone
Brunico



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

La spesa complessiva dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è passata da 45.672.261 € nel 2021 a 61.700.832 € nel 2025, con un aumento del 35%.

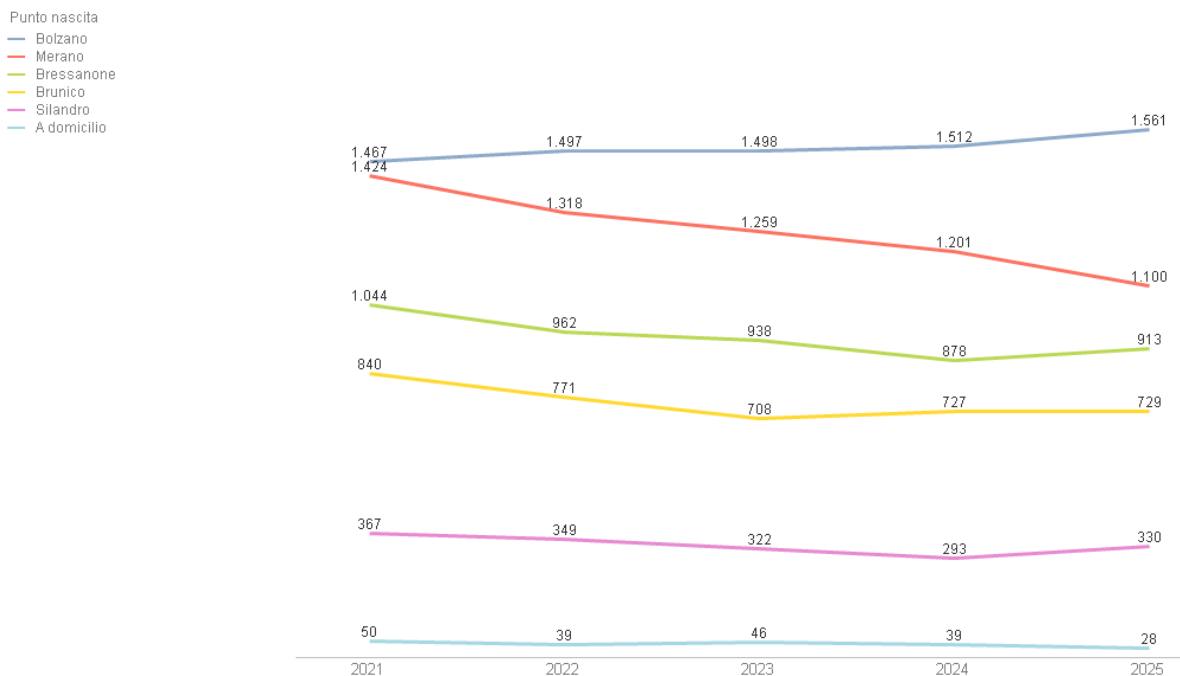
Consumo di Antibiotici per Comprensorio Sanitario – Anno 2024



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

Il valore medio per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è di 9,52 per le femmine e di 8,01 per i maschi con una media totale di 8,76.

Nati per punto nascita



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

Nel complesso, nel corso degli anni il numero di nascite è diminuito in modo continuo, passando da 5.192 nel 2021 a 4.661 nel 2025, con una riduzione complessiva di 531 nascite.

PIANO DI PRODUZIONE 2025 – QUADRO RIASSUNTIVO

Bericht Produktionsplan 2025 - zusammenfassende Übersicht
Relazione Piano di produzione 2025 - quadro riassuntivo

	Öffentliche Einrichtungen - Strutture pubbliche					Privat Privato	insgesamt totale
	Gesundheitsbezirk Bozen Comprendorio sanitario di Bolzano	Gesundheitsbezirk Meran Comprendorio sanitario di Merano	Gesundheitsbezirk Brixen Comprendorio sanitario di Bressanone	Gesundheitsbezirk Bruneck Comprendorio sanitario di Brunico	insgesamt öffentliche Einrichtungen Totale strutture pubbliche		
Akutaufnahmen Ricoveri per acuti *	27.019	16.390	14.913	12.125	70.447		70.447
Aufnahmen für Rehabilitation (Kodex 56.00 und 75.00) Ricoveri per riabilitazione (codice 56.00 e 75.00)	56	154	449	206	865	2.700	3.565
Aufnahmen für Postakute Langzeitpflege (Kodex 60.00) Ricoveri per Postacuti- Lungodegenza (codice 60.00)	-	18	107	93	218	1.565	1.783
Insgesamt /Totale							75.795

*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

		tetto 2025	lordo (consuntivo)	ticket	netto
1)	SPECIALISTICA AMBULATORIALE	21.100.718,28 €	15.451.146,00 €	2.348.408,39 €	13.091.136,48 €
2)	RICOVERI OSPEDALIERI	39.853.229,73 €	37.802.254,12 €	0,00 €	37.802.254,12 €
3)	SPECIALISTICA TERRITORIALE	13.477.483,00 €	13.316.468,44 €	24.083,12 €	13.294.774,23 €
4)	RICOVERI TERRITORIALI	13.032.834,45 €	10.795.703,71 €	0,00 €	10.795.703,71 €
5)	SOCIO SANITARIO RESIDENZIALE	3.823.000,00 €	3.108.819,14 €	0,00 €	3.108.819,14 €
6)	PREVENZIONE	1.595.508,00 €	1.468.000,00 €	0,00 €	1.468.000,00 €
	TOTALE PIANI DI PRODUZIONE	92.882.773,46 €	81.942.391,41 €	2.372.491,51 €	79.560.687,68 €
	Fonte dati: contabilità ASDAA e software contabilizzazione specialistica				

- 1) Prestazioni di specialistica ambulatoriale nelle branche di radiologia, senologia, neurologia, emodialisi, gastroenterologia, cardiologia, oculistica, dermatologia, otorinolaringoiatria, podologia, riabilitazione fisica, ortopedia, anestesia acquistate dalle strutture private accreditate ai sensi del decreto legislativo 502/92 versione vigente mediante manifestazioni d'interesse.

Il tetto di spesa 2025 (il massimo spendibile) risulta molto più alto rispetto al consuntivo 2025 poiché con il 31.12.2024 sono entrati in vigore i nuovi LEA che hanno comportato modifiche/eliminazioni e conseguenti aggiornamenti tariffari di molte prestazioni; inoltre, fino quasi a metà 2025 le prestazioni prenotate ed erogate afferivano ai "vecchi" LEA con tariffe nella maggior parte più basse: al momento della previsione di spesa non si era conoscenza né dei nuovi LEA e né delle tariffe.

- 2) I ricoveri ospedalieri comprendono sia i posti letto cosiddetti post acuti (cod. 56.00), lungodegenti (cod. 60.00), neurologici (cod. 75) assegnati in base al piano riabilitativo provinciale vigente alle case di cura provinciali accreditate e convenzionate; sono compresi in questa categoria i ricoveri per acuti nell'ambito ortopedico e di medicina.

- 3) La specialistica territoriale comprende le prestazioni ambulatoriali nell'ambito della salute mentale (autismo, dipendenze, disturbi del comportamento alimentare - DCA, ADHD, psicoterapia) e dei consultori familiari; prestazioni erogate da ambulatori accreditati e disciplinate da varie deliberazioni della Giunta Provinciale.
- 4) I ricoveri territoriali afferiscono all'area della salute mentale (psichiatria, neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza - NPIA, DCA, dipendenze, HIV), ai ricoveri di cure intermedie e per le cure palliative erogati da strutture private accreditate e disciplinati da varie deliberazioni della Giunta Provinciale.
- 5) I ricoveri sociosanitari riguardano l'ambito della NPIA e della disabilità grave presso strutture provinciali private accreditate e disciplinati da varie deliberazioni della Giunta Provinciale
- 6) Nell'ambito della prevenzione sono finanziati progetti vari.

1.2 Analisi del contesto esterno

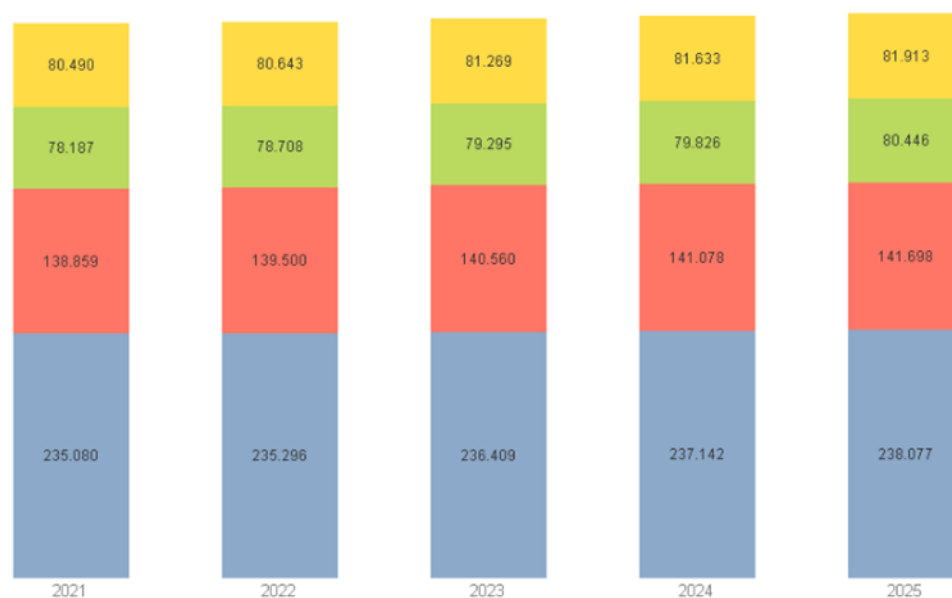
Popolazione assistibile residente

Indicatori demografici, sociosanitari e struttura della popolazione

Il bacino di utenza dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige complessivamente conta una popolazione di 542.134 abitanti, su un territorio di 7.398 kmq.

Poco meno della metà della popolazione risiede nel territorio del Comprensorio sanitario di Bolzano (44%), circa un quarto in quello di Merano (26%), circa un ottavo rispettivamente nei distretti di Bressanone (15%) e Brunico (15%).

Comprensorio Sanitario di Residenza

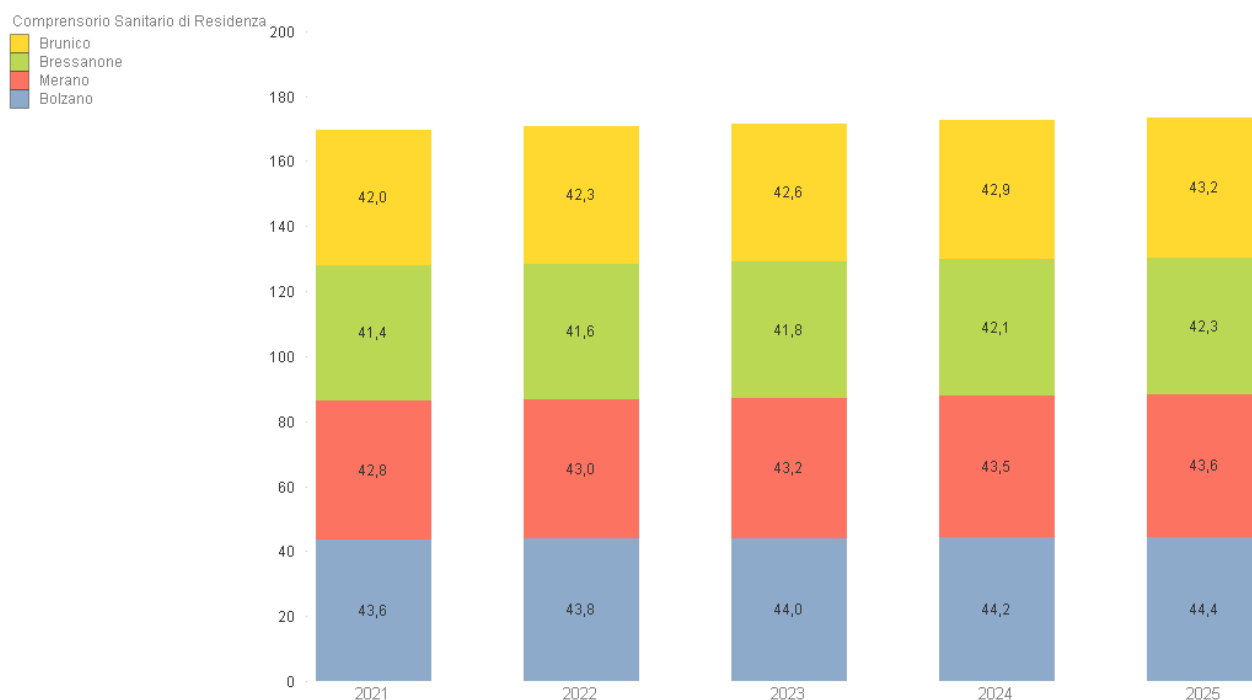


Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

La popolazione, dopo il calo dovuto al Covid-19 fino al 2021, è tornata a crescere a partire dal 2022 in tutti i comprensori sanitari.

Nel prossimo futuro il carico assistenziale delle persone anziane è destinato ad aumentare, così come il bisogno di servizi sociosanitari, legato alla crescita complessiva delle patologie che caratterizzano i processi degenerativi e la cronicizzazione delle forme morbose. Di particolare interesse per la programmazione sanitaria è il forte incremento del carico assistenziale per le persone molto anziane previsto per il futuro, con il conseguente aumento del bisogno di servizi sanitari e la necessità di adattare costantemente gli stessi all'evoluzione del quadro nosologico.

Età media per Comprensorio Sanitario di Residenza

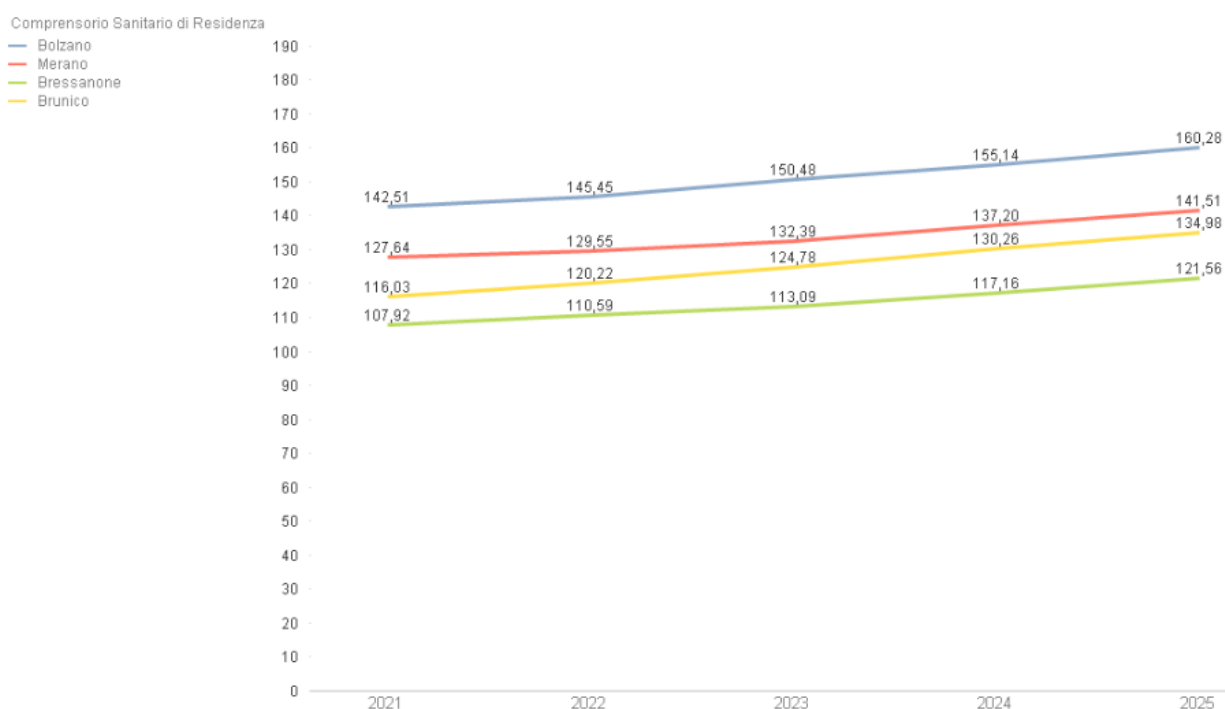


Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige

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

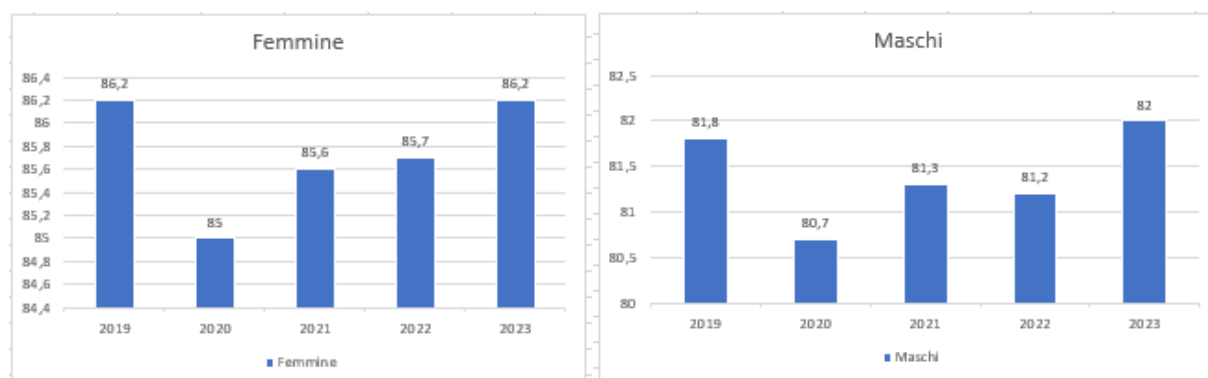


Fonte: SIVAS – Sistema di Valutazione Assistenza Sanitaria – Ripartizione Sanità Osservatorio per la salute – Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige.

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 56,1% ed è più elevato tra le donne (59,7%) rispetto agli uomini (52,5%). Rispetto al valore nazionale dell'indice pari a 57,6% il dato della provincia di Bolzano evidenzia una struttura della popolazione più sostenibile.

Il rapporto medio di mascolinità è pari a 98,4 uomini per 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

Diffusione delle malattie croniche

Le malattie croniche costituiscono la principale causa di morte in quasi tutto il mondo. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, comprendente, tra le altre, le cardiopatie, le neoplasie, il diabete, le malattie respiratorie croniche. Oltre ad avere un alto tasso di mortalità, le malattie croniche possono essere anche particolarmente invalidanti, la lotta a queste malattie rappresenta pertanto una priorità per la salute pubblica. Le malattie croniche si manifestano clinicamente soprattutto in età anziana; esiste quindi una correlazione tra età media della popolazione e prevalenza dei malati cronici. La popolazione altoatesina assistibile, rispetto ai valori medi nazionali, è una popolazione ancora abbastanza giovane anche se, in linea con i trend demografici, sta invecchiando sempre di più.

La popolazione altoatesina con almeno una malattia cronica risulta essere superiore al 30% (praticamente 1 persona su 3). Le donne registrano, rispetto agli uomini, un rischio leggermente più elevato di contrarre almeno una malattia cronica.

Mortalità per causa

La fonte di riferimento per i dati di mortalità è costituita dal Registro Provinciale di Mortalità, che gestisce ed elabora le informazioni contenute nei certificati di morte ISTAT e provvede alla codifica da assegnare alla causa principale del decesso.

Il numero di decessi registrato nel 2024 nella popolazione residente è pari a 4.559, per un corrispondente tasso di mortalità maschi di 830,8 per 100.000 e femmine 859,5 per 100.000

La causa principale di decesso nell'anno 2024 è costituita dalle malattie del sistema circolatorio, che interessa il 32,7% dei casi della popolazione femminile ed il 27,8% di quella maschile. Seguono per numero i decessi per tumore che coinvolgono il 24% della popolazione femminile ed il 27,2% di quella maschile così come quella per malattie del sistema respiratorio (9,1% vs. 7,2%).

Gli indicatori e le informazioni riguardanti la struttura della popolazione assistibile sono contenute nella Relazione sanitaria annuale, prodotta dall'Osservatorio per la salute dell'Amministrazione provinciale, reperibile sul sito internet dell'Osservatorio salute al seguente link <https://osservatorio-salute.provincia.bz.it>

Aspettativa di vita

La Provincia Autonoma di Bolzano si classifica come il migliore territorio nel contesto interregionale in riferimento alla speranza di vita alla nascita e in buona salute.

Regione	Speranza di vita alla nascita				Speranza di vita a 65 anni			
	2005	2010	2015	2023	2005	2010	2015	2023
Piemonte	80,6	81,6	82,1	83,0	19,2	20,0	20,2	20,8
Valle d'Aosta	79,7	81,3	81,1	83,2	19,1	19,8	19,9	21,2
Lombardia	80,9	82,0	82,8	83,8	19,4	20,1	20,5	21,4
PA Bolzano	81,3	82,7	83,2	84,2	19,9	20,8	21,2	21,9
PA Trento	81,4	82,5	83,5	84,6	20,0	20,7	21,2	22,2
Veneto	81,4	82,4	82,9	83,8	19,7	20,3	20,7	21,4
Friuli Venezia Giulia	80,6	81,8	82,4	83,4	19,4	20,1	20,5	21,2
Liguria	80,7	81,6	82,2	83,1	19,5	19,9	20,4	20,9
Emilia Romagna	81,3	82,3	82,9	83,6	19,8	20,4	20,7	21,3
Toscana	81,5	82,4	82,8	83,8	19,7	20,4	20,7	21,4
Umbria	81,1	82,3	82,9	83,7	19,5	20,5	20,8	21,4
Marche	82,1	82,8	83,0	83,9	20,3	20,8	20,9	21,5
Lazio	80,4	81,2	82,2	82,9	19,1	19,6	20,3	20,7
Abruzzo	81,1	81,6	82,3	83,0	19,5	20,1	20,5	20,8
Molise	80,6	81,6	82,1	82,3	19,3	20,3	20,4	20,6
Campania	79,1	80,0	80,5	81,3	18,1	18,8	19,0	19,6
Puglia	80,9	82,0	82,4	82,8	19,4	20,1	20,3	20,8
Basilicata	80,6	81,8	82,0	82,5	19,2	20,1	20,3	20,6
Calabria	80,5	81,5	81,9	81,9	19,1	20,0	20,1	20,2
Sicilia	80,0	80,8	81,3	81,6	18,6	19,3	19,6	19,9
Sardegna	80,6	81,8	82,2	82,5	19,6	20,5	20,7	20,9
Nord	81,0	82,1	82,7	83,6	19,5	20,2	20,5	21,3
Centro	81,1	81,9	82,6	83,4	19,5	20,1	20,5	21,1
Sud	80,1	81,1	81,6	82,1	18,8	19,6	19,8	20,3
ITALIA	80,7	81,7	82,3	83,0	19,3	20,0	20,3	20,9

Fonte: PRESENTAZIONE RAPPORTO OASI 2025 - Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

SEZIONE 2 - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.1 Valore pubblico

Il Piano integrato di attività ed organizzazione introduce il concetto di valore pubblico, intendendolo come miglioramento del livello complessivo di benessere economico, sociale, ambientale e sanitario dei destinatari delle politiche e dei servizi erogati da una amministrazione pubblica, rispetto alle condizioni di partenza.

Più specificatamente, un ente crea valore pubblico in senso stretto quando impatta complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive del benessere rispetto alla loro baseline.

Il valore pubblico che l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige intende migliorare è orientato in primis allo stato di salute della popolazione che, conseguentemente, ha un impatto sul benessere complessivo della popolazione stessa.

In sostanza l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha come finalità 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, affinché i pazienti siano assistiti nel "best point of service" e quanto più vicino possibile ai loro luoghi di residenza.

Come previsto dall'articolo 6 del D.L. n. 80/2021 che introduce il Piano di attività e organizzazione, il valore pubblico si persegue e si ottiene seguendo quattro dimensioni e precisamente:

1. Assicurare la qualità dell'attività aziendale;
2. Assicurare la trasparenza dell'attività aziendale;
3. Migliorare la qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese;
4. Procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

A tal fine l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, tramite la programmazione strategica ed operativa, fissa i propri obiettivi evidenziando le aree nelle quali persegue il maggiore miglioramento. I principali obiettivi ed indicatori sono dettagliatamente rappresentati nella sezione Performance del presente documento.

2.2 Performance

2.2.1 Obiettivi di performance

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sviluppa il proprio ciclo della gestione della performance definendo nel Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) gli obiettivi strategici che si propone per il triennio, demandando al Programma operativo annuale (POA) la misurazione e la valutazione della performance per il primo anno del periodo triennale contemplato.

2.2.1.1 Obiettivi strategici di medio-lungo periodo

Annualmente l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige predispone un sistema integrato di pianificazione strategica e di programmazione a medio-lungo periodo, attraverso il quale vengono definiti i propri obiettivi strategici e le azioni da realizzare nell'ambito di una progettualità pluriennale.

Per il triennio 2025 – 2027 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si è proposta **5 obiettivi strategici**.

Di seguito vengono esposte le azioni e misure messe in atto nel 2025 per il raggiungimento degli stessi:

1. Evoluzione del sistema informativo ospedaliero, territoriale ed amministrativo con servizi online per utenti esterni ed interni.

Nel periodo di riferimento l'Azienda ha portato avanti un ampio e articolato programma di innovazione digitale, in coerenza con la programmazione strategica 2023–2025 e con gli interventi previsti dal PNRR. Un asse centrale di questo percorso è stato rappresentato dall'implementazione del nuovo Sistema Informativo Ospedaliero e Territoriale, che ha consentito una profonda revisione e standardizzazione dei processi clinico-assistenziali e amministrativi.

Nel corso del 2025 è proseguita la diffusione della suite NGH, con l'attivazione dei principali moduli applicativi – Pronto Soccorso, ADT, richiesta di prestazioni in forma elettronica, Cartella Clinica Elettronica di reparto e ambulatoriale, gestione delle sale operatorie e sistemi di prenotazione – presso gli ospedali dei comprensori di Bolzano e Merano, nonché l'estensione progressiva verso Bressanone, Vipiteno e Silandro. Tali interventi hanno permesso di consolidare l'utilizzo del nuovo SIO nei principali presidi ospedalieri e di avviare un processo di omogeneizzazione dei sistemi informativi a livello aziendale, con benefici in termini di integrazione dei dati, tracciabilità delle attività cliniche e supporto ai processi decisionali.

Parallelamente, nel 2025 sono state introdotte evoluzioni rilevanti del Fascicolo Sanitario Elettronico, in attuazione della normativa nazionale. Gli interventi hanno riguardato in particolare il rafforzamento dei meccanismi di tutela dei dati sensibili, attraverso la gestione strutturata dell'oscuramento, e il miglioramento dell'indicizzazione documentale, al fine di garantire il rispetto degli indicatori ministeriali e il pieno allineamento agli obiettivi nazionali previsti per il ciclo di monitoraggio 2026. Nel corso del 2025 l'Azienda ha promosso diverse iniziative finalizzate ad incrementare la percentuale di cittadini che hanno espresso il consenso alla consultazione dei propri documenti clinici da parte dei medici e degli operatori del Servizio Sanitario Nazionale, in conformità alle finalità previste dal Decreto Ministeriale del 7 settembre 2023. Tali azioni si inseriscono nel più ampio percorso di sviluppo e valorizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico, con l'obiettivo di migliorare la continuità assistenziale e l'efficacia dei percorsi di cura. L'andamento dell'indicatore relativo al consenso alla consultazione, pubblicato sul cruscotto di monitoraggio nazionale messo a disposizione dal Dipartimento per la Trasformazione Digitale ("I numeri del Fascicolo"), evidenzia un'evoluzione positiva nel periodo considerato. In particolare, in Alto Adige si registra un incremento significativo dal 29% di novembre 2024 al 39% di giugno 2025, fino a raggiungere il 48% a febbraio 2026. Il confronto con la media nazionale, pari al 42% a novembre 2024, al 43% a giugno 2025 e al 45% a febbraio 2026, evidenzia come, a fronte di un iniziale ritardo, il dato provinciale abbia progressivamente recuperato e superato la media italiana nell'ultima rilevazione disponibile. Tale andamento testimonia l'efficacia delle iniziative intraprese e conferma una crescente sensibilizzazione della popolazione rispetto all'importanza della condivisione dei dati clinici, quale elemento abilitante per una presa in carico più integrata e per un utilizzo più efficiente degli strumenti digitali in ambito sanitario.

Un ulteriore ambito strategico è stato quello legato all'attuazione degli interventi PNRR per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale. Nel corso dell'anno la soluzione aziendale di Telemedicina è stata accreditata sulla Piattaforma Nazionale di Telemedicina ed è stata completata l'integrazione tra infrastruttura provinciale e nazionale. Contestualmente è stato attivato il nuovo sistema informativo per la gestione dell'assistenza domiciliare integrata e sono stati estesi i sistemi delle Centrali Operative Territoriali a nuovi setting assistenziali, inclusi i letti intermedi e le strutture convenzionate. Sono state

inoltre avviate le attività di supporto informatico alle nuove strutture territoriali previste dal DM 77 del 23 maggio 2022, con particolare attenzione all'integrazione dei PDTA con il Fascicolo Sanitario Elettronico e ai servizi di connettività delle Case della Comunità. In questo contesto si colloca anche il lavoro preparatorio per l'attivazione della Centrale 116117, attraverso la definizione della soluzione tecnologica e il coordinamento intersettoriale necessario alla sua configurazione.

Nel 2025 è proseguito anche il progetto di integrazione tra la Banca Dati Provinciale degli Assistibili e la nuova Anagrafe Nazionale Assistiti, secondo le tempistiche e le indicazioni ministeriali. Sono stati eseguiti i test previsti, inclusi quelli relativi ai caricamenti massivi, al fine di verificare la qualità e la coerenza dei dati anagrafici.

Rilevanti interventi hanno riguardato l'evoluzione dei sistemi per la gestione dematerializzata delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche. Da un lato, il Sistema di Accoglienza Provinciale è stato ulteriormente potenziato con nuovi controlli e con l'adeguamento dei meccanismi di sicurezza per la comunicazione con i sistemi centrali; dall'altro, è stata completata la migrazione verso la nuova piattaforma aziendale di prescrizione ePrescribe, che consente di concentrare su un unico sistema la gestione delle diverse tipologie prescrittive. È stato inoltre avviato un percorso di revisione dei processi di prescrizione in distribuzione diretta, la cui implementazione è prevista nel 2026.

Sul fronte delle liste di attesa, i sistemi del Centro Unico di Prenotazione Provinciale e della Business Intelligence CUP sono stati adeguati ai nuovi LEA e integrati con il Sistema di Accoglienza Provinciale e con il Fascicolo Sanitario Elettronico, consentendo una maggiore completezza e qualità dei dati. È stata inoltre messa in esercizio la soluzione per l'alimentazione della Piattaforma Nazionale Liste di Attesa.

Infine, nel 2025 si sono concluse le attività previste dal piano di migrazione al cloud finanziato dal PNRR, con esito positivo dell'asseverazione per i servizi critici e ordinari. In parallelo è stato rafforzato il presidio della cybersecurity aziendale, attraverso la definizione delle principali policy e procedure e l'attivazione degli strumenti tecnologici necessari ad aumentare il livello di protezione dei sistemi informativi.

Nel loro complesso, tali interventi hanno consentito di affrontare e superare le principali sfide legate alla modernizzazione digitale dell'Azienda, garantendo la continuità operativa, l'allineamento agli standard nazionali e il supporto all'evoluzione dei modelli organizzativi e assistenziali previsti dalla riforma del sistema sanitario.

2. Governo dei tempi di attesa

Nel corso del 2025 l'Azienda sanitaria ha consolidato ed ampliato in modo significativo il percorso di consolidamento del sistema di governance dei tempi di attesa avviato nel biennio precedente. Questo anno si è caratterizzato per un'accelerazione delle attività operative e per una crescente integrazione tra monitoraggio, governo della domanda, potenziamento dell'offerta e politiche di collaborazione interna ed esterna. In un contesto di aumento della domanda, la sfida principale è stata quella di mantenere livelli di accesso adeguati garantendo, al contempo, omogeneità organizzativa e qualità delle prestazioni.

Un elemento centrale del 2025 è stato il pieno funzionamento della Task Force aziendale per il governo dei tempi di attesa, istituita nel novembre 2024. Nel corso dell'anno il gruppo di lavoro ha presidiato costantemente gli indicatori relativi alle prestazioni ambulatoriali, proponendo interventi mirati sia sul versante della domanda sia su quello dell'offerta. Il lavoro della Task Force è stato inoltre riportato e

condiviso nei momenti di interlocuzione istituzionale con la Unità centrale di gestione dell'assistenza sanitaria, dei tempi di attesa e delle liste d'attesa, contribuendo a rafforzare un modello di governance multilivello capace di coniugare pianificazione strategica e gestione operativa.

Sul fronte del monitoraggio, il 2025 ha visto un'intensificazione delle attività da parte del Centro unico di prenotazione provinciale (CUPP), che ha continuato a raccogliere e analizzare i tempi di attesa secondo le indicazioni del Piano Nazionale Governo Liste di Attesa (PNGLA) ancora vigente. I risultati sono stati trasmessi mensilmente alle Direzioni dei Comprensori sanitari, consentendo un controllo e presidio costante della situazione e un intervento tempestivo sulle criticità emergenti. Nonostante il permanere di problemi in alcune branche specialistiche, l'indice d'offerta ha mostrato un miglioramento generale rispetto agli anni precedenti. A titolo esemplificativo, tra le prime visite e le prestazioni diagnostico-strumentali B-Prioritarie l'indice di offerta dell'ecografia tiroide tra il 2023 e il 2025 è salito dal 58% al 100%, quello della prima visita dermatologica dal 41% al 97%, quello della prima visita neurologica dal 51% al 95%. Tra le prestazioni D-Differibili, si sono registrati miglioramenti per le elettromiografie semplici (dal 51% nel 2023 all'87% nel 2025), risonanza magnetica della colonna con contrasto (34% nel 2023, 68% nel 2025) e ecografie dell'addome (85% nel 2023, 98% nel 2025). Tuttavia, in specialità particolarmente esposte, come neurochirurgia, urologia, medicina del dolore, cardiologia e otorinolaringoiatria, l'incremento della domanda ha determinato un peggioramento delle performance, aggravato dalla limitata disponibilità di risorse professionali.

Parallelamente, il 2025 ha visto l'avvio di un monitoraggio dedicato alle sospensioni delle attività di erogazione e alle modalità di prenotazione non sempre conformi alle indicazioni aziendali. Questa attività, prevista dal PNGLA, ha contribuito a migliorare la trasparenza dei processi e a garantire maggiore uniformità nell'accesso alle prestazioni.

Un ambito fondamentale di intervento è stato il governo della domanda. Nel 2025 l'Azienda ha condotto analisi sui tassi di prescrizione dei Medici di Medicina Generale per alcune prestazioni particolarmente critiche, come dermatologia, gastroenterologia e risonanze magnetiche. L'obiettivo era individuare eventuali fenomeni di overprescription e promuovere un confronto costruttivo con le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e con gli specialisti. Queste analisi hanno favorito la diffusione di una maggiore consapevolezza clinica e una più accurata attribuzione delle classi di priorità. Inoltre, l'Azienda ha avviato i lavori per la realizzazione di una piattaforma di healthcare analytics dedicata alla valutazione automatica dell'appropriatezza prescrittiva, integrando criteri RAO che sono stati aggiornati in relazione all'entrata in vigore del nuovo nomenclatore tariffario LEA. Accanto a ciò, sono stati istituzionalizzati canali diretti di comunicazione tra MMG e specialisti, facilitando un confronto tempestivo sui casi dubbi ed evitando invii impropri alla specialistica.

Nel 2025 ha avuto particolare rilievo anche il potenziamento dell'offerta. L'Azienda ha elaborato il piano del fabbisogno ambulatoriale per il quadriennio 2025–2028, basato su dati amministrativi, mobilità passiva, tempi di attesa e modelli previsionali. Allo stesso tempo, sono stati assegnati ai referenti clinici obiettivi quantitativi di produzione, con risultati particolarmente positivi: su 187 obiettivi previsti nel 2025, ben 165 hanno registrato un raggiungimento pari o superiore al 90%. Questo dato evidenzia lo sforzo delle strutture aziendali di garantire un livello di offerta coerente con le esigenze della popolazione.

Sempre nel 2025, per alcune branche è stato introdotto un nuovo metodo di definizione degli obiettivi, più aderente alla reale capacità produttiva degli ambulatori e alla disponibilità di personale.

Parallelamente, l'Azienda ha avviato un percorso innovativo per la definizione delle policy di acquisto da partner privati accreditati, articolato in due fasi. Una prima fase, pubblicata a luglio 2025, ha riguardato le branche critiche in termini di tempi di attesa, ma ha evidenziato un'offerta da parte degli erogatori privati accreditati insufficiente per alcune specialità, come dermatologia. La seconda fase, avviata a settembre 2025 con un modello "ibrido", vincolando l'assegnazione delle prestazioni più remunerative alla disponibilità contestuale di prestazioni nelle branche carenti, consentendo quindi di integrare in modo efficace l'offerta dei privati anche per gli ambiti specialistici meno remunerativi ed attrattivi per gli stessi, in particolare per le prime visite dermatologiche ed endoscopie.

Infine, il 2025 è stato caratterizzato da un significativo potenziamento delle prestazioni aggiuntive, erogate nei giorni festivi, nei fine settimana e oltre l'orario ordinario. Le attività hanno coinvolto numerose discipline, sia ambulatoriali sia chirurgiche e di screening. Nell'ambito della specialistica ambulatoriale, il 43% delle prestazioni aggiuntive è stato erogato il sabato o dopo le 17.00, con un incremento rilevante rispetto al 2024; nell'ambito chirurgico, il 90% delle attività aggiuntive è stato effettuato nei fine settimana o oltre le 16.00, replicando i livelli del 2024 ma su volumi più ampi.

In conclusione, il 2025 rappresenta un anno di rafforzamento e maturazione del percorso intrapreso dall'Azienda per affrontare la complessa sfida dei tempi di attesa. Grazie a una governance strutturata, a un monitoraggio continuo, a iniziative mirate per l'appropriatezza prescrittiva, a un'offerta potenziata e a politiche innovative di acquisto, l'Azienda ha compiuto passi significativi verso un sistema più moderno, integrato e capace di rispondere in modo efficace ai bisogni dei cittadini.

3. Ampliamento dell'assistenza domiciliare in conformità con il PNRR

L'assistenza territoriale rappresenta un obiettivo centrale della riorganizzazione del sistema sanitario dell'Alto Adige e costituisce il primo punto di accesso per la prevenzione, la cura e l'assistenza. La sua rilevanza è aumentata in modo significativo soprattutto negli anni successivi alla pandemia. A ciò hanno contribuito profondi cambiamenti socio-demografici ed epidemiologici, il crescente fabbisogno di digitalizzazione, la carenza di personale qualificato nonché la necessità di una maggiore integrazione tra servizi sanitari e sociali. L'obiettivo è garantire un'assistenza di elevata qualità, continua e adeguata ai bisogni, il più possibile vicina al luogo di residenza della popolazione.

Con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e il Decreto Ministeriale n. 77/2022 sono stati introdotti a livello statale nuovi standard, strutture e modelli organizzativi per l'assistenza territoriale. Tali indirizzi sono stati recepiti, declinati e adattati alle specificità locali dalla Provincia autonoma di Bolzano mediante diversi provvedimenti provinciali. Su queste basi, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha approvato, con deliberazione aziendale n. 1079 del 04.11.2025, il Piano delle attività territoriali (PAT) 2025–2027, che costituisce lo strumento centrale di governo del sistema. Il Piano definisce obiettivi strategici ed operativi, misure, tempistiche e meccanismi di monitoraggio ed è soggetto ad aggiornamento annuale a scorrimento.

Nel corso del 2025 le attività nell'ambito dell'assistenza territoriale si sono concentrate su diversi ambiti tematici, che vengono di seguito illustrati in modo dettagliato.

Centrale operativa 116117

Il numero europeo armonizzato 116117 è un servizio telefonico gratuito, attivo 24 ore su 24, dedicato alle richieste sanitarie non urgenti. La centrale operativa ha l'obiettivo di facilitare l'accesso ai servizi sanitari territoriali, garantire la continuità assistenziale e alleggerire il numero di emergenza 112

attraverso un'appropriata canalizzazione delle richieste. Le cittadine e i cittadini ricevono consulenza medica, informazioni sui percorsi di cura e, se necessario, vengono indirizzati ai servizi competenti. In caso di emergenza, la chiamata viene trasferita direttamente al numero 112.

L'introduzione del numero si basa su una decisione dell'Unione europea ed è stata attuata in Italia mediante accordi tra Stato e Regioni. Nell'autunno 2025 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha elaborato un documento progettuale per l'attivazione della centrale, condiviso con l'Assessorato competente e valutato positivamente dal Ministero della Salute. Su tale base sono in corso le attività progettuali, che comprendono il reclutamento e la formazione del personale, l'allestimento tecnico, la digitalizzazione e l'integrazione con i servizi esistenti, nonché campagne informative. L'obiettivo è l'avvio di una fase di sperimentazione nel Comprensorio sanitario di Bolzano nel corso del 2026.

Centrale operativa territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è stata definita dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 come struttura centrale per il coordinamento della presa in carico dei pazienti e per l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e assistenziali. Essa opera in tutti i setting assistenziali, inclusi l'ambito domiciliare, ambulatoriale, ospedaliero e intermedio. L'obiettivo della COT è garantire la continuità delle cure, migliorare l'accesso ai servizi e favorire la collaborazione tra professionisti e livelli di assistenza.

Tra le principali funzioni attuali della COT rientrano il coordinamento dei passaggi di presa in carico tra i servizi, l'organizzazione delle dimissioni protette dagli ospedali, la gestione dei trasferimenti, nonché il supporto logistico e informativo agli operatori. Inoltre, la COT supporta la rete di cure palliative nell'ambito dell'assistenza domiciliare palliativa.

A Bolzano è stata avviata una collaborazione tra la COT e lo Sportello Unico per l'Assistenza e la Cura (SUAC), che è prevista in estensione anche ad altri distretti e comprensori sanitari. Parallelamente, è in fase di sperimentazione la collaborazione con i Pronto Soccorso di Bolzano e Merano. In prospettiva, la COT disporrà anche di posti letto per l'assistenza intermedia, anche convenzionati, ubicati in alcune case di cura private accreditate convenzionate. Essa sarà interconnessa con la centrale 116117 e con le Case della Comunità e assumerà funzioni nell'ambito della telemedicina.

Assistenza domiciliare integrata (ADI), valutazione multidimensionale e riabilitazione territoriale

L'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) è stata progressivamente potenziata negli ultimi anni, in particolare a favore della popolazione di età superiore ai 65 anni, con l'obiettivo di garantire una presa in carico continua e coordinata nel contesto domiciliare. L'andamento dei casi assistiti evidenzia un incremento costante; per il 2025 il valore obiettivo è stato raggiunto.

L'ADI comprende diverse modalità assistenziali, tra cui l'assistenza domiciliare integrata, l'assistenza infermieristica domiciliare, le cure palliative domiciliari, l'assistenza domiciliare programmata e servizi specialistici quali l'assistenza respiratoria. A integrazione di tali interventi è stato introdotto il modello della valutazione multidimensionale (UVM) quale strumento centrale per una presa in carico globale e integrata. L'UVM consente una valutazione strutturata dei bisogni sanitari, sociali e assistenziali nei casi complessi e permette la definizione di un progetto assistenziale individualizzato, con il coinvolgimento delle persone assistite e dei loro familiari.

Nel corso del 2025 la UVM è stata sperimentata in diversi distretti sanitari; a seguito di una fase di valutazione, dal 2026 è prevista l'estensione ad altri distretti. La valutazione è effettuata da un'équipe

multiprofessionale e contribuisce a migliorare il coordinamento e a ridurre la frammentazione dei percorsi assistenziali.

Parallelamente, la riabilitazione territoriale nell'ambito dell'ADI è stata ulteriormente sviluppata, con l'obiettivo di rafforzare l'autonomia delle persone assistite e dei caregiver attraverso interventi riabilitativi mirati a domicilio. L'attuazione avviene in stretta collaborazione tra i diversi servizi ed è stata ampliata nel corso del 2025.

Cure palliative

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha promosso in modo sistematico il potenziamento delle cure palliative per adulti e minori in tutti i setting assistenziali, al fine di garantire il rispetto degli standard nazionali e provinciali e assicurare una copertura capillare e di qualità. Il coordinamento è affidato a un gruppo di coordinamento provinciale che aggiorna annualmente il piano di sviluppo della rete.

Nell'ambito degli adulti sono attive diverse strutture specialistiche, tra cui servizi di cure palliative domiciliari, hospice con posti letto residenziali e offerte ambulatoriali in tutti i comprensori. Anche in ambito pediatrico sono state istituite strutture dedicate, tra cui un centro di riferimento provinciale. Ulteriori unità hospice sono in fase di programmazione, così come interventi per il potenziamento del supporto informatico e l'introduzione di servizi di reperibilità sulle 24 ore.

Ospedali di comunità, Case della Comunità e Community Building

Sulla base degli standard nazionali e provinciali è stato definito il fabbisogno di posti letto di assistenza intermedia. Negli ultimi anni sono state condotte approfondite attività di pianificazione per l'attivazione degli Ospedali di Comunità, che vengono realizzati progressivamente in diversi contesti territoriali. In aggiunta, sono stati attivati ulteriori posti letto intermedi presso strutture private accreditate.

Parallelamente, nell'ambito del PNRR, sono state sviluppate le progettazioni per le Case della Comunità secondo il modello HUB & SPOKE, con l'obiettivo di favorire un'assistenza integrata e rafforzare la collaborazione tra i diversi servizi. L'attivazione delle Case della Comunità avviene in modo graduale in più comprensori.

Un obiettivo centrale del Decreto Ministeriale n. 77/2022 è il coinvolgimento attivo della comunità. A tal fine è stato avviato un progetto pilota triennale nel Comprensorio sanitario Bassa Atesina, finalizzato al rafforzamento della rete territoriale tra servizi sanitari, sociali e società civile, con l'obiettivo di sviluppare un modello assistenziale partecipativo e integrato.

Infermieristica di famiglia e di comunità

L'infermieristica di famiglia e di comunità rappresenta un pilastro strategico dell'assistenza territoriale. Nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige l'assistenza infermieristica domiciliare è garantita da una rete capillare che si sta progressivamente evolvendo verso un modello orientato alla famiglia. Tale modello si ispira a concetti internazionali delle scienze infermieristiche e mira a promuovere la salute, l'autonomia e la qualità di vita delle persone assistite e delle loro famiglie.

Un elemento centrale è rappresentato dal percorso di specializzazione delle professioniste e dei professionisti infermieristici, svolto in modalità compatibile con l'attività lavorativa e articolato in più edizioni. Il progetto pilota per l'implementazione dell'assistenza infermieristica orientata alla famiglia è stato esteso progressivamente a tutti i distretti sanitari e si prevede il suo completamento su scala aziendale entro il 2027.

In parallelo è in fase di sviluppo un approccio proattivo basato su visite domiciliari precoci alle persone anziane, finalizzate all'individuazione tempestiva dei fattori di rischio e alla facilitazione dell'accesso alle

offerte di supporto. È inoltre in preparazione l'introduzione dell'assistenza infermieristica orientata alla famiglia nell'ambito della tutela materno-infantile.

Consultori familiari

I consultori familiari sono servizi multidisciplinari di promozione della salute e prevenzione e offrono consulenza gratuita su un'ampia gamma di tematiche sociali, psicologiche e giuridiche. In base a nuove disposizioni normative, all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige è stata affidata la riorganizzazione di tali servizi.

L'obiettivo della riorganizzazione è garantire una copertura omogenea e adeguata ai bisogni, rafforzare la rete tra consultori pubblici e privati e integrarli maggiormente nelle politiche sanitarie e sociali. La strutturazione avviene secondo il modello HUB & SPOKE ed è accompagnata dall'introduzione di soluzioni software uniformi per migliorare la qualità dei dati e il coordinamento a livello aziendale e distrettuale.

Telemedicina

La telemedicina è riconosciuta dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 come strumento strategico per garantire la continuità assistenziale. Essa comprende diverse modalità applicative, tra cui visite, consulenze, monitoraggi e riabilitazione a distanza. Per l'attuazione degli obiettivi previsti dal PNRR è stato definito un modello organizzativo che prevede lo sviluppo progressivo dei servizi di telemedicina. La piattaforma informatica è già stata attivata. Per gli anni 2025 e 2026 non sono ancora disponibili dati definitivi; tuttavia, le stime indicano il raggiungimento degli obiettivi programmati.

Sistemi informativi e flussi di dati

Tutte le unità funzionali dell'assistenza territoriale devono disporre di sistemi digitali conformi agli standard nazionali e integrati nel Fascicolo Sanitario Elettronico. Negli ultimi anni sono stati attivati diversi sistemi informativi a supporto dei differenti ambiti assistenziali.

Permangono tuttavia criticità legate all'infrastruttura tecnica, in particolare per quanto riguarda la copertura internet e WLAN nei distretti sanitari. Parallelamente sono in corso le attività per l'attivazione di nuovi flussi informativi ministeriali, finalizzati a migliorare il governo del sistema e la trasparenza.

Sviluppo professionale e change management

L'attuazione del PNRR e del Decreto Ministeriale n. 77/2022 richiede un profondo cambiamento culturale e organizzativo. La formazione continua e un mirato approccio di change management rappresentano pertanto fattori chiave di successo. L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige attua numerose misure di accompagnamento, tra cui incontri informativi annuali, percorsi formativi specifici per le patologie croniche, lo sviluppo dell'infermieristica di famiglia e di comunità, l'introduzione della valutazione multidimensionale e progetti di Community Building.

Tali interventi mirano a preparare i professionisti alle nuove sfide, rafforzare la collaborazione interprofessionale e consolidare in modo duraturo una visione integrata dell'assistenza.

4. Collegamento in rete a livello aziendale dei 7 ospedali nella gestione dei flussi di pazienti ed istituzione di centri di riferimento

Nel corso del 2025 è stata progressivamente attuata la messa in rete dei sette ospedali pubblici dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, attraverso l'introduzione e il consolidamento di forme organizzative di collaborazione vincolante, strutturate per branca specialistica e la creazione di percorsi clinici condivisi tra unità operative di comprensori sanitari diversi. Tale approccio ha consentito di

rafforzare il coordinamento clinico assistenziale tra le strutture, favorendo lo sviluppo di risposte unitarie e omogenee da parte delle unità operative coinvolte e la costruzione di reti professionali fondate sulla condivisione di pratiche cliniche omogenee, basate evidenze scientifiche, all'interno di un quadro organizzativo condiviso.

Le attività sono state realizzate in stretto raccordo con la Direzione aziendale e sulla base di accordi coordinati con i Comprensori, garantendo un allineamento strategico e operativo a livello aziendale. In questo contesto, è stata avviata la definizione delle priorità dei percorsi diagnostico terapeutici, basata su indicatori chiave di performance e su linee guida riconosciute a livello internazionale.

L'attuazione delle collaborazioni vincolanti ha contribuito ad un utilizzo più efficiente ed efficace delle risorse strutturali, professionali ed economiche disponibili sull'intero territorio aziendale. Particolare attenzione è stata posta all'organizzazione dei flussi di pazienti tra le strutture periferiche e i centri di riferimento, e viceversa, tenendo conto della classificazione delle prestazioni in termini di volume e complessità.

Tale riorganizzazione ha richiesto lo sviluppo e il rafforzamento di percorsi di cura e, per specifici ambiti clinici, anche interdisciplinari, ponendo le basi per una maggiore integrazione dei servizi, un miglioramento dell'appropriatezza assistenziale e una più equilibrata distribuzione dell'offerta sanitaria a livello aziendale.

Di seguito le principali misure e azioni attuate nel 2025:

Flussi dei pazienti – area ortopedica e neurochirurgica

Nel corso del 2025 è stato definito e progressivamente implementato un modello strutturato di collaborazione tra le strutture di Ortopedia, finalizzato all'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie e alla riduzione dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici, in particolare nell'ambito della chirurgia protesica. Tale modello ha trovato concreta applicazione attraverso soluzioni operative condivise tra gli ospedali di Bolzano, San Candido e Brunico, basate su un coordinamento interstrutturale e su criteri clinico assistenziali comuni.

In questo contesto, i team operatori hanno iniziato a svolgere attività chirurgica anche presso sedi diverse da quella di appartenenza. In particolare, gli ortopedici dell'ospedale di Bolzano hanno operato presso gli ospedali di San Candido e Brunico, utilizzando le risorse operatorie rese disponibili. Parallelamente, i pazienti programmati per interventi chirurgici a Bolzano che non potevano essere trattati in tempi adeguati dovuto a limitazioni di capacità operatoria sono stati indirizzati, previo consenso informato, verso le sedi di Brunico o San Candido.

Sono infine concluse le attività preparatorie di carattere organizzativo per l'attivazione di un percorso dedicato al trattamento chirurgico delle patologie spinali in ambito neurochirurgico presso l'ospedale di Brunico; la programmazione dei primi interventi è attualmente in fase di definizione.

Reti cliniche e percorsi specialistici

- Reti tempo dipendenti

Nell'ambito delle patologie tempo dipendenti, sulla base dei PDTA per ictus, politrauma e infarto miocardico, è proseguito il lavoro di sviluppo e consolidamento dell'attuazione concreta dei relativi percorsi di cura. In particolare, per la terapia dell'ictus, in un'ottica di prossimità e di equità di accesso alle cure, si persegue un modello di trattamento decentrato per casi selezionati, garantendo al contempo appropriatezza clinica e sicurezza assistenziale.

Parallelamente, nell'ambito della forma di collaborazione vincolante tra Ginecologia e Ostetricia, di recente istituzione, sono state elaborate procedure nuove e migliorative lungo il percorso "intorno alla nascita", con particolare attenzione alle gravidanze a rischio e al trasporto in utero. L'obiettivo è il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e la riduzione del rischio di complicanze materno fetali.

- Carcinoma della prostata

È stato avviato lo sviluppo di un percorso diagnostico terapeutico dedicato al carcinoma della prostata, in collaborazione con tutti i servizi coinvolti. È stato inoltre definito il fabbisogno di prestazioni diagnostiche, con indicazione dei tempi di erogazione, e l'offerta è stata adeguata in modo coerente a tali necessità.

- Rete dei laboratori

Il Project Work "ONE LAB – sito unico per i laboratori dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige (ambito Microbiologia e Virologia)" è stato completato. Sono stati definiti i requisiti funzionali e strutturali per la realizzazione di una homepage comune degli otto laboratori aziendali.

- Doppia diagnosi - disturbi psichiatrici e dipendenze

È stato approvato e implementato a livello aziendale il protocollo di collaborazione per la gestione della doppia diagnosi nel settore delle dipendenze, originariamente progettato per il Comprensorio di Merano ed esteso all'intera Azienda, coinvolgendo anche i Pronto Soccorso e le Medicine.

Sono stati predisposti protocolli aziendali per il coordinamento delle prestazioni rivolte a pazienti con doppia diagnosi psichiatrica e da dipendenze, comprendenti la redazione di una procedura aziendale condivisa, la sua approvazione, la definizione del piano di attuazione e l'implementazione operativa nelle diverse realtà aziendali.

- Percorso LILLA – Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione

Il Percorso LILLA, dedicato all'assistenza delle persone con disturbi alimentari che accedono ai Pronto Soccorso aziendali, è stato ampiamente comunicato ai medici e alla popolazione attraverso diversi canali informativi e corsi mirati organizzati in collaborazione con INFES/Forum della Prevenzione. È stato inoltre predisposto un documento informativo per i primari interessati. I criteri di ricovero e di trasferimento ospedaliero sono stati definiti nei diversi ospedali e resi applicabili nei Pronto Soccorso.

- Uniformazione dei processi di riabilitazione ambulatoriale

È stato definito un processo uniforme a livello aziendale per le modalità di invio, accesso e registrazione delle terapie riabilitative ambulatoriali, sia per l'età adulta sia per l'età evolutiva. La procedura è stata elaborata, condivisa con la Direzione Sanitaria e la Direzione Tecnica Assistenziale e successivamente validata. Sono stati concordati il formato dell'impegnativa dematerializzata, i criteri RAO terapeutici, le specialità dei medici invianti e un sistema di reporting informatizzato, in collaborazione con il Reparto Aziendale Informatica e la ditta GPI.

Parallelamente, un gruppo di lavoro intercomprensoriale ha elaborato indicazioni operative per la gestione delle liste d'attesa in fisioterapia, raggiungendo un significativo allineamento delle procedure di presa in carico, una maggiore omogeneità documentale e una riduzione delle difformità operative tra i Comprensori sanitari.

- Otorinolaringoiatria – rete audiologica

Nel settore dell'Otorinolaringoiatria è stato avviato il processo di uniformazione della rete audiologica aziendale. I percorsi interni sono stati descritti e presentati in Direzione. La piena operatività della procedura è subordinata all'integrazione delle attività della struttura convenzionata con l'azienda sanitaria, per la quale è prevista l'interruzione della convenzione nel dicembre 2026. Sono stati svolti tre incontri operativi per pianificare il processo di integrazione. È stata inoltre avanzata richiesta di percorsi semplificati per la mobilità dei chirurghi tra le strutture aziendali, già in parte attiva.

- Collaborazione interdisciplinare – spalla, ginocchio e colonna lombare

Sono state condivise tra tutte le Unità operative delle branche specialistiche coinvolte, le principali linee guida per lombalgia e dolore cronico di spalla e ginocchio. Sono stati elaborati materiali informativi per prescrittori e pazienti e predisposte flow chart gestionali. Le difficoltà emerse nella fase di validazione dei materiali hanno comportato un rallentamento del processo, conclusosi con la validazione definitiva nel mese di ottobre 2025.

La diffusione dei materiali informativi sarà accompagnata da comunicazione alla popolazione tramite comunicati stampa e attività redazionali. Le attività formative per i prescrittori saranno progettate in occasione di eventi previsti nell'ambito del Forum Salute 2026.

5. Sviluppo ed attuazione del piano d'azione per il reclutamento ed il mantenimento del personale

La disponibilità di personale sanitario qualificato rappresenta una condizione imprescindibile affinché l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige possa garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in coerenza con il proprio mandato istituzionale.

Nel contesto attuale, il reclutamento di nuovo personale – sia nell'ambito del ricambio generazionale sia del potenziamento di specifici servizi – risulta particolarmente complesso a causa di fattori strutturali quali l'obbligo di conoscenza delle lingue previste, la criticità del mercato abitativo in Alto Adige e la forte concorrenza dei territori limitrofi in termini di condizioni retributive.

Azioni di reclutamento

Nel corso del 2025 l'area Recruiting dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha attuato un insieme articolato di misure finalizzate alla ricerca e attrazione di personale sanitario qualificato, sia a livello nazionale che internazionale. In collaborazione con partner esterni, le attività di recruiting sono state rafforzate attraverso campagne mirate sui principali canali di comunicazione digitale, in particolare LinkedIn e Instagram, con contenuti sponsorizzati rivolti a medici, personale infermieristico e altri profili professionali sanitari.

Nel 2025 sono stati complessivamente contattati 1.265 medici, 1.124 infermieri e 1.231 ulteriori profili professionali. Rispetto all'anno precedente, si è registrato un incremento del 22% delle candidature spontanee pervenute e inserite nella banca dati aziendale, a conferma dell'efficacia delle azioni di employer branding e di visibilità intraprese.

Ulteriori elementi qualificanti del piano di reclutamento sono stati rappresentati dalla partecipazione a eventi nazionali e internazionali, fiere di settore e iniziative di promozione, nonché dall'organizzazione di eventi dedicati come la "Summer School" e "Investition for the future", che hanno contribuito a rafforzare l'attrattività dell'Azienda come datore di lavoro.

One Stop Shop e accompagnamento all'inserimento

In parallelo alle attività di reclutamento, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha sviluppato e consolidato il servizio di One Stop Shop, quale strumento strategico di supporto a persone interessate a lavorare in Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

Il One Stop Shop è stato potenziato attraverso una maggiore visibilità sul sito aziendale (homepage, pagina Carriere e annunci di lavoro) e una semplificazione significativa dei processi di candidatura. La riorganizzazione dei contenuti e l'introduzione di sezioni dedicate (come bilinguismo e MMG/PLS) hanno migliorato l'orientamento dei candidati e la qualità delle domande presentate, aumentando al contempo l'utilizzo del servizio.

Il One Stop Shop garantisce un accompagnamento strutturato e personalizzato in tutte le fasi amministrative, giuridiche e organizzative connesse all'assunzione. Il servizio comprende il supporto nei processi di candidatura, il riconoscimento dei titoli di studio e professionali, la gestione delle pratiche amministrative necessarie (credenziali di accesso, codice fiscale, appartenenza al gruppo linguistico), nonché informazioni su agevolazioni fiscali, corsi di lingua e servizi di mobilità.

Ulteriori forme di sostegno riguardano l'orientamento nella ricerca di alloggio, la conciliazione famiglia-lavoro, l'accesso ai servizi educativi per l'infanzia e il supporto generale all'inserimento nel contesto locale.

Fidelizzazione e benessere organizzativo

Accanto alle misure di reclutamento, il piano di azione prevede un forte investimento nella fidelizzazione del personale, riconoscendo il benessere organizzativo e il welfare aziendale come leve fondamentali per contrastare il turnover e prevenire l'esodo di professionisti.

In tale prospettiva, nel 2025 sono stati promossi programmi trasversali di formazione rivolti a tutto il personale sui temi della pari opportunità, della non discriminazione, della dignità sul luogo di lavoro e del benessere organizzativo, nonché percorsi specifici di sviluppo della leadership inclusiva e di prevenzione di comportamenti discriminatori nelle posizioni di responsabilità.

Particolare attenzione è stata dedicata all'empowerment femminile e alla promozione della presenza delle donne nei ruoli di leadership, attraverso iniziative di mentoring, networking e sviluppo delle competenze. Tali azioni sono integrate da servizi strutturati di supporto alla genitorialità, modelli di lavoro flessibili e misure di conciliazione vita-lavoro, coerenti con la certificazione permanente audit famiglia e lavoro conseguita nel 2025.

Sempre nel 2025, si è concluso il processo di audit pluriennale con l'ottenimento della certificazione permanente.

Prevenzione, ascolto e clima organizzativo

Il piano di mantenimento del personale si completa con l'attivazione e il rafforzamento di specifiche strutture di ascolto e prevenzione, quali le figure di riferimento per la gestione di situazioni di disagio, discriminazione o molestie sul luogo di lavoro, nonché con iniziative di monitoraggio del clima organizzativo e dello stress lavoro-correlato.

In coerenza con gli obblighi normativi e con l'obiettivo di garantire un ambiente di lavoro rispettoso e sicuro, l'Azienda ha inoltre previsto lo svolgimento di colloqui di uscita, finalizzati ad analizzare in modo sistematico le motivazioni delle dimissioni anticipate e a definire interventi correttivi mirati.

Nel loro insieme, le azioni intraprese nel 2025 configurano un piano integrato e coerente di reclutamento e mantenimento del personale, che affianca alle strategie di attrazione una visione

strutturale di fidelizzazione, benessere organizzativo e sviluppo sostenibile delle risorse umane. Tale approccio rappresenta un elemento strategico essenziale per garantire nel medio-lungo periodo la continuità, la qualità e l'equità dei servizi sanitari offerti dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

2.2.1.2 Obiettivi annuali

Performance aziendale

Con la programmazione annuale l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige traduce gli obiettivi strategici pluriennali contenuti nel PIAO e negli ulteriori piani e programmi aziendali, in obiettivi annuali. Essa si realizza, a livello aziendale, tramite il Programma operativo annuale (POA) e, a livello di unità operativa, attraverso le negoziazioni degli obiettivi annuali con i relativi responsabili.

Il Programma operativo annuale 2025 è approvato con delibera del Direttore generale n. 1244 del 26/11/2024. Per la presa visione delle relazioni di raggiungimento dei singoli obiettivi previsti dal Programma operativo annuale 2025 si rinvia all'apposito allegato del presente documento (vedasi allegato "Relazione al Programma operativo annuale 2025").

Performance di unità operativa e individuale

Per ogni unità operativa dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige viene predisposta sulla base del Programma operativo annuale la scheda di budget (scheda obiettivi annuali) con gli obiettivi da perseguire. Per ognuno di essi è indicato il risultato atteso, i criteri di valutazione, il referente aziendale oltre al peso assegnato. Nella scheda degli obiettivi possono e devono essere considerati anche obiettivi proposti dalle stesse unità operative. La scheda degli obiettivi viene firmata dal responsabile dell'unità operativa e dal suo diretto superiore al termine della negoziazione.

La scheda obiettivi firmata viene archiviata nel fascicolo elettronico del personale.

Al fine di rendere capillare la diffusione degli obiettivi annuali all'interno della struttura aziendale e l'impegno verso il loro raggiungimento i responsabili delle unità operative a loro volta negoziano gli obiettivi con i loro collaboratori dirigenti. Questo anche in ottemperanza di quanto disposto dai vigenti contratti di lavoro, collettivi e aziendali, che prevedono allo scopo un sistema premiante. Dunque, con tutti i dirigenti sanitari e amministrativi sono da negoziare obiettivi annuali che devono essere documentati tramite il software IPV. In ambito tecnico assistenziale questo è previsto fino al livello dei coordinatori e delle posizioni organizzative e in ambito amministrativo fino ai direttori d'ufficio e posizioni organizzative.

Tramite il monitoraggio infrannuale è stato verificato che l'attività fosse in linea con gli obiettivi assegnati e i risultati attesi e, se necessario, sono state adottate le necessarie misure correttive. In presenza di forti scostamenti tra valori registrati e valori attesi, valutate le motivazioni e le eventuali modifiche del contesto interno ed esterno, per alcuni obiettivi si è proceduto alla revisione degli stessi.

A conclusione dell'anno, raccolte le relazioni relative al raggiungimento degli obiettivi, si è proceduto alla valutazione finale degli stessi.

Per gli indicatori numerici la misurazione delle attività svolte si sono basate su dati provenienti dai sistemi informativi aziendali. Per gli indicatori di tipo non numerico, e quindi non desumibili da procedure informatizzate, il sistema di monitoraggio e verifica degli obiettivi si è basato su relazioni su stati di avanzamento.

I singoli collaboratori dirigenti ed i responsabili di unità operativa definiscono il grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati con il proprio diretto superiore. La scheda di valutazione è approvata con la firma di entrambi. Il grado di raggiungimento complessivo degli obiettivi determina la quota di indennità di risultato spettante.

Alla chiusura del processo di valutazione del raggiungimento degli obiettivi di tutti i collaboratori aventi diritto alla liquidazione dell'indennità di risultato l'azienda provvede alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale dei dati relativi alla valutazione della performance e alla distribuzione dei premi al personale (art. 20, c. 1 e c. 2, d. lgs. n. 33/2013). La norma prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati relativi all'ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti.

A partire dalla fine del 2023 anche presso la nostra azienda l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) ha iniziato la sua attività. Ad esso spetta il compito di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso.

L'OIV verifica anche in corso d'anno l'effettiva funzionalità del processo correlato agli obiettivi, dalla sua definizione al monitoraggio periodico fino alla valutazione finale, a garanzia del rispetto delle regole e della correttezza della metodologia adottata dall'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

La valutazione della performance da parte dell'OIV è preliminare all'erogazione economica di quanto correlato agli obiettivi di budget. L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige può erogare gli incentivi solo dopo che l'OIV ha validato – con atto formale - la Relazione sulla Performance predisposta dalla Direzione aziendale.

Timing

Il calendario del ciclo della performance è illustrato nel grafico sottostante.

Tempistica: Ciclo di gestione della Performance	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
Programmazione a livello di Direzione aziendale - anno successivo												
Formulazione del budget delle unità operative												
Formulazione del budget dei collaboratori												
Monitoraggio infrannuale												
Valutazione finale - anno precedente												

2.2.2 Indicatori di performance

Gli indicatori di performance rappresentano uno strumento fondamentale per la misurazione, il monitoraggio e la valutazione dei risultati conseguiti dalle aziende sanitarie in relazione agli obiettivi di salute, qualità, efficienza ed equità dell'assistenza. In coerenza con il quadro normativo nazionale e con i principi del ciclo della performance, tali indicatori consentono di rendere trasparente l'azione amministrativa e sanitaria, di supportare i processi decisionali e di favorire il miglioramento continuo delle prestazioni erogate.

Gli indicatori di performance in ambito sanitario sono selezionati sulla base di fonti informative ufficiali e consolidate e coprono diverse dimensioni della performance, quali l'efficacia clinica, la sicurezza delle cure, l'appropriatezza, l'accessibilità, la continuità assistenziale e l'efficienza organizzativa. Essi permettono di confrontare nel tempo e nello spazio i risultati raggiunti, di individuare eventuali criticità e di orientare le politiche di programmazione e governo del sistema sanitario.

Nel contesto della programmazione integrata, gli indicatori di performance sono strettamente collegati agli obiettivi strategici e operativi dell'azienda sanitaria e costituiscono la base per le attività di monitoraggio, valutazione e rendicontazione, nonché per il dialogo con gli organismi di valutazione e con gli stakeholder istituzionali.

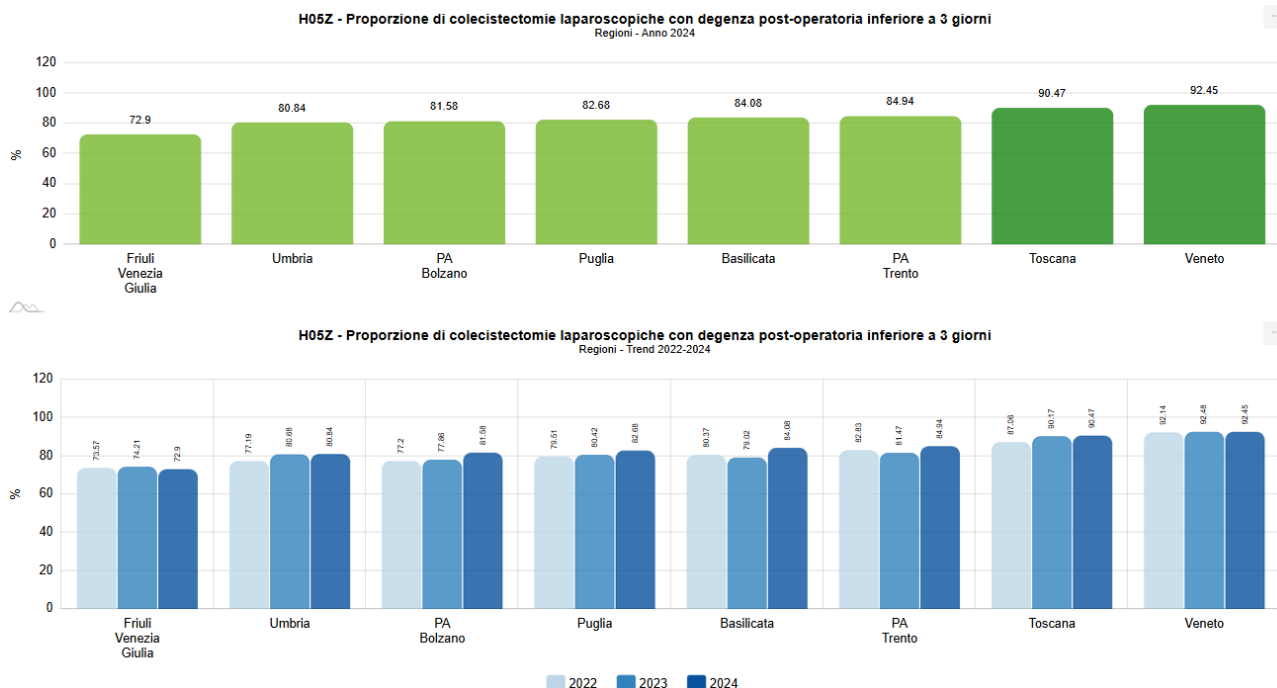
In questo capitolo vengono illustrati diversi indicatori di performance sulla base delle fonti di dati disponibili.

Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

La percentuale di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore ai 3 giorni nel periodo analizzato a livello aziendale è in continuo aumento.

Struttura Ospedaliera	2021	2022	2023	2024	2025
Ospedale di Bolzano	72,22	68,10	73,48	76,81	84,58
Ospedale di Merano	69,70	70,53	70,71	83,50	76,72
Ospedale di Bressanone	81,67	77,61	80,28	84,21	74,36
Ospedale di Brunico	88,16	86,05	80,19	83,02	89,81
Ospedale di Vipiteno	83,67	94,29	83,33	78,57	92,31
Ospedale di San Candido	77,78	80,00	50,00	100,00	92,31
Ospedale di Silandro	71,11	82,81	87,14	96,00	94,83
Totale	76,56	77,35	77,71	82,74	84,50

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



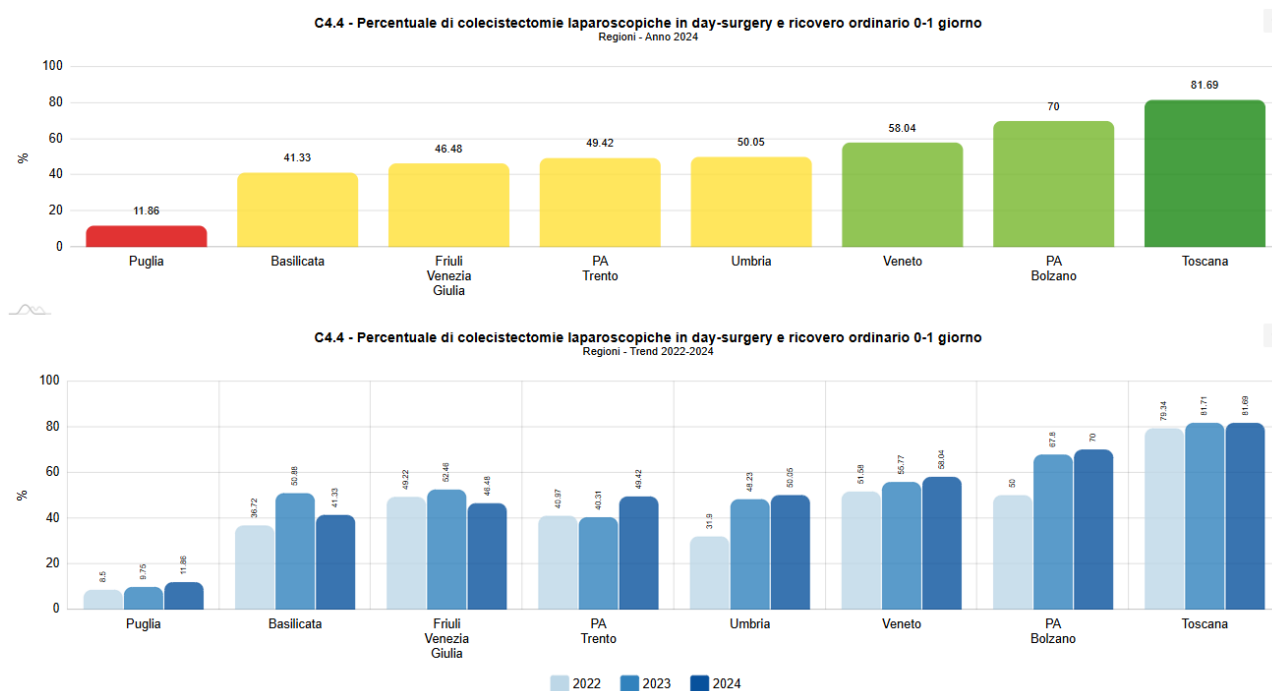
Fonte: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant’Anna Pisa

Percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

La Provincia Autonoma di Bolzano si posiziona tra le migliori realtà a livello nazionale in riferimento alla percentuale di colecistectomie laparoscopiche in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorni aumentando anche nell’anno 2025.

Struttura Ospedaliera	2021	2022	2023	2024	2025
Ospedale di Bolzano	74,07	46,81	57,14	74,53	90,70
Ospedale di Merano	72,73	89,13	92,86	87,27	83,61
Ospedale di Bressanone	84,62	71,74	70,69	66,67	68,42
Ospedale di Brunico	72,73	72,73	79,10	72,73	81,25
Ospedale di Vipiteno	9,52	18,75	31,82	25,00	58,70
Ospedale di San Candido	62,50	75,00	50,00	100,00	84,62
Ospedale di Silandro		4,92	60,94	69,12	77,19
Totale	54,79	50,86	67,58	70,76	79,86

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



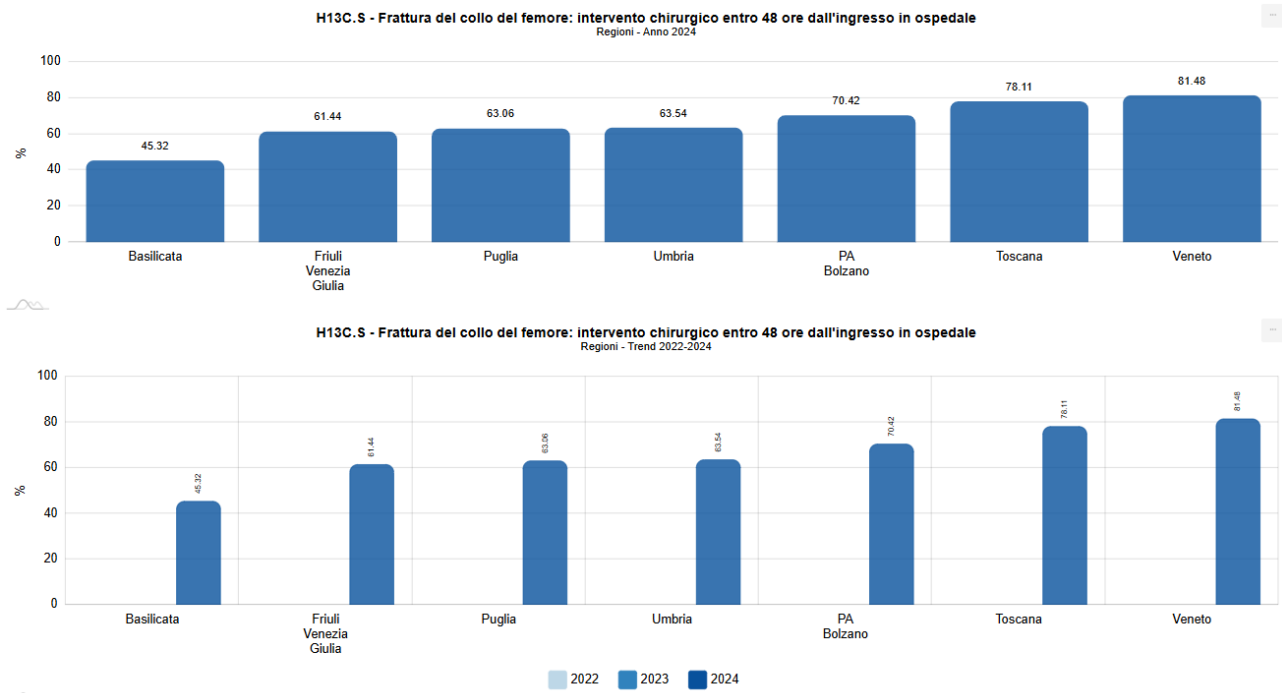
Fonte: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant'Anna Pisa

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero

Per quanto riguarda le fratture del collo del femore e il relativo intervento entro i due giorni dall'accesso nella struttura di ricovero, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si classifica tra le top performer a livello nazionale.

Struttura Ospedaliera	2021	2022	2023	2024	2025
Ospedale di Bolzano	74,46	79,42	75,50	88,72	89,92
Ospedale di Merano	86,41	87,20	83,19	77,18	76,71
Ospedale di Bressanone	92,42	93,29	84,56	82,24	81,46
Ospedale di Brunico	84,27	86,03	89,12	86,71	85,16
Ospedale di Vipiteno	100,00	96,77	100,00	97,37	100,00
Ospedale di San Candido	92,86	95,92	94,55	92,73	90,57
Ospedale di Silandro	96,88	95,45	81,82	87,50	72,73
Totale	83,49	86,03	82,57	85,38	84,30

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



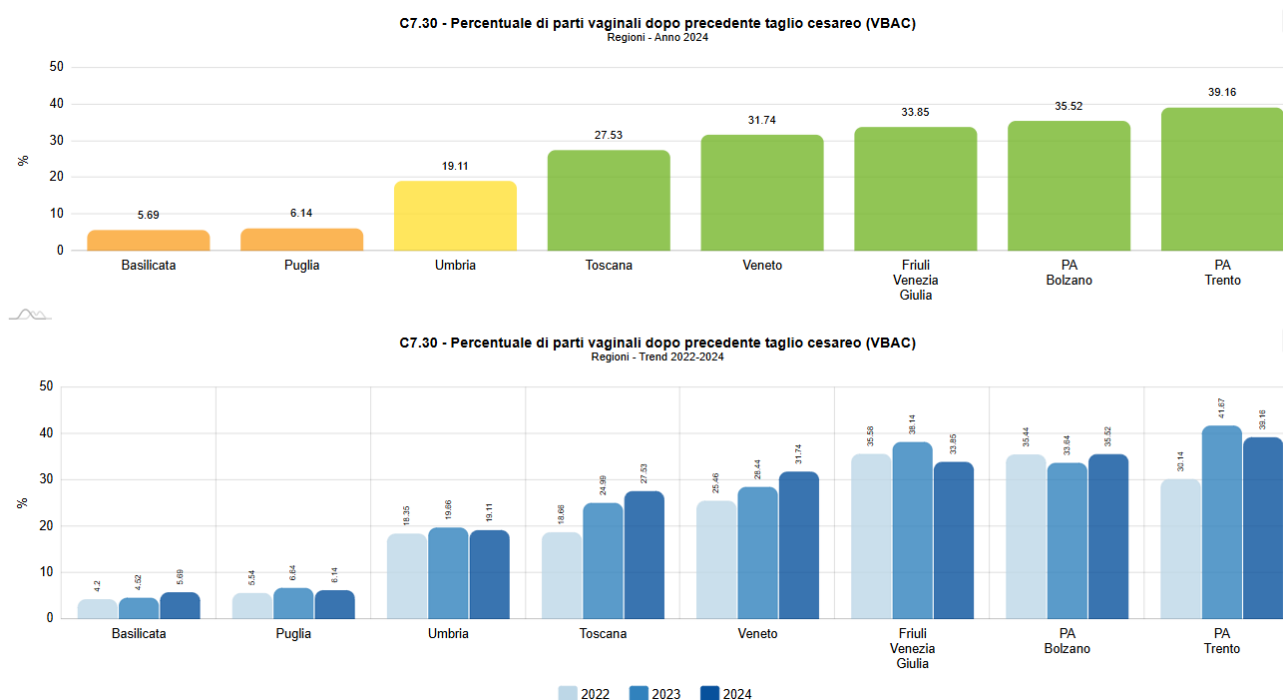
Fonte: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant'Anna Pisa

Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo

La proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo rispetto al periodo precedente ha subito un lieve miglioramento rispetto al periodo precedente, mantenendo l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige anche su questo fronte tra le più performanti a livello nazionale.

Punto nascita	2021	2022	2023	2024	2025
Bolzano	195	202	215	190	184
Merano	172	141	159	149	149
Bressanone	171	141	135	122	136
Brunico	94	107	100	90	120
Silandro	55	52	43	35	34
A domicilio			2	2	
Totale	687	643	654	588	623

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



Fonte: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant’Anna Pisa

Nella seguente tabella vengono presentati indicatori sui quali l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige nel 2024 sta performando meglio rispetto alla media nazionale.

Indicatore	Numerosità	% Grezza	% Adj	RR
STEMI: proporzione di PTCA (ANGIOPLASTICA CORONARICA TRANSLUMINALE PERCUTANEA) entro 90 minuti sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall’accesso nella struttura di ricovero/service	173	90,17	89,86	1,17
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	494	7,09	6,91	0,75
Embolia polmonare: mortalità a 30 giorni	222	4,5	5,01	0,54
Embolia polmonare: riammissioni a 30 giorni dal ricovero	214	5,14	5,41	0,64
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	3.813	20,88	19,81	0,89
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	2.910	5,64	5,56	0,62

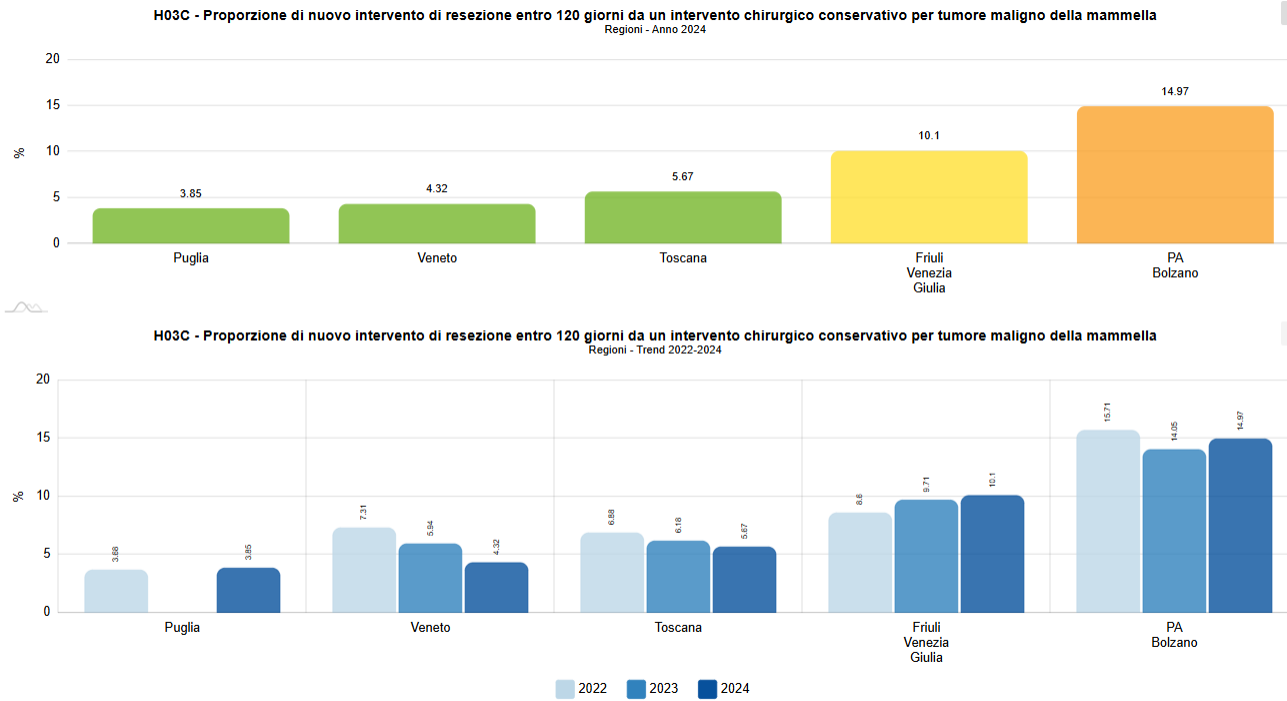
Fonte: Programma Nazionale Esiti (PNE) – Edizione 2025 – Dati 2024

Nb. Sono stati considerati solamente gli indicatori statisticamente significativi (p-value minore/uguale a 0,05) e sono da interpretare contestualmente al valore % grezzo ed aggiustato (% 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. È stato inserito anche il Rischio Relativo Precedente (RR Prec.) per avere un confronto con il periodo precedente.

- Rischio relativo (RR) < 1 : è meno probabile che l’evento si verifichi
- Rischio relativo (RR) = 1 : L’evento ha la stessa probabilità di verificarsi rispetto alla media nazionale
- Rischio relativo (RR) > 1 : è più probabile che l’evento si verifichi

Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per quanto riguarda la proporzione di reinterventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno alla mammella necessita di migliorare il suo posizionamento rispetto alle altre realtà nazionali.



Fonte: Laboratorio Management e Sanità (MES) – Sant’Anna Pisa

Nella seguente tabella vengono presentati indicatori sui quali l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige nel 2024 ha performato al di sotto della media nazionale.

Indicatore	Numerosità	% Grezza	% Adj	RR
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	335	14,93	14,29	3,09
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	334	14,97	14,24	2,81
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella - con nuove variabili	63	52,38	58,71	0,84
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella - con nuove variabili	314	14,93	14,29	3,09

Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio	5.957	0,79	0,77	1,27
Frattura del collo del femore: mortalità a 1 anno	592	5,24	4,88	1,04
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	1.091	3,57	3,84	1,20
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	1.131	3,18	3,21	1,52

Fonte: Programma Nazionale Esiti (PNE) – Edizione 2025 – Dati 2024

Nb. Sono stati considerati solamente gli indicatori statisticamente significativi (p-value minore/uguale a 0,05) e sono da interpretare contestualmente al valore % grezzo ed aggiustato (% 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. È stato inserito anche il Rischio Relativo Precedente (RR Prec.) per avere un confronto con il periodo precedente.

- Rischio relativo (RR) < 1: è meno probabile che l'evento si verifichi
- Rischio relativo (RR) = 1: L'evento ha la stessa probabilità di verificarsi rispetto alla media nazionale
- Rischio relativo (RR) > 1: è più probabile che l'evento si verifichi

Nella seguente tabella vengono presentati indicatori dei sette ospedali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige nel 2024.

Ospedale di Bolzano - dati 2024

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'accesso nella struttura di ricovero/service	233	71,67	71,19	1,24
STEMI: proporzione di PTCA entro 90 minuti sul totale dei trattati con PTCA entro 12h dall'accesso nella struttura di ricovero/service	180	92,78	92,49	1,21
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	352	5,97	6,97	0,86
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	258	15,5	13,93	1,48
Ictus ischemico: mortalità a 1 anno	310	7,42	8,69	0,57
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in pazienti con colelitiasi in day surgery/one day surgery	100	78	78,77	2,01
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	172	2,33	2,75	3,25
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	159	10,69	8,62	2,45
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni	88	13,64	12,17	3,38
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	160	13,13	12,6	2,49
Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella	27	37,04	36,37	0,52
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	161	13,04	12,55	2,71
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni - con nuove variabili	88	13,64	11,8	3,28

Proporzione di interventi di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella - con nuove variabili	26	34,62	38,45	0,55
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	177	38,42	37,66	3,19
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1.279	20,8	15,13	0,68
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	986	7,1	7,1	0,78
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	264	69,32	69,3	1,15

Ospedale di Merano - dati 2024

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni	76	21,05	19,75	1,68
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in pazienti con colelitiasi in day surgery/one day surgery	66	90,91	91,06	2,32
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	90	12,22	11,23	2,22
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	90	14,44	13,88	3
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	134	31,34	28,82	2,44
Proporzione di parti con taglio cesareo primario	1.023	22,78	25,67	1,16
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	774	4,39	4,33	0,48
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero	167	67,67	67,95	1,12

Ospedale di Silandro - dati 2024

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in pazienti con colelitiasi in day surgery/one day surgery	67	70,15	65,78	1,68
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	75	96	91,58	1,07
Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri ORDINARI con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	75	96	91,48	1,07
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	34	5,88	5,24	4,63

Ospedale di Bressanone - dati 2024

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in pazienti con colelitiasi in day surgery/one day surgery	54	70,37	68,31	1,74

Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	45	28,89	28,06	5,54
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	45	24,44	23,02	4,98
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	99	48,49	45,9	3,89
Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio	1.191	1,51	1,55	2,54
Proporzione di episiotomie nei parti vaginali	558	3,23	3,16	0,35
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	440	2,73	2,73	3,23

Ospedale di Vipiteno - dati 2024

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	124	4,03	4,22	3,73
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni	26	7,69	7,25	4,84

Ospedale di Brunico - dati 2024

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni	116	16,38	14,21	7,49
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: altro intervento a 30 giorni	116	6,9	5,72	5,04
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche in pazienti con colelitiasi in day surgery/one day surgery	65	72,31	70,37	1,79
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	36	13,89	13,2	2,61
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	37	13,51	12,77	2,76
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi	395	2,28	2,29	2,71
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni	83	8,43	11,04	2,36
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	132	6,06	7,04	2,2

Ospedale di San Candido - dati 2024

Indicatore	N	% Grezza	% Adj	RR
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento	164	4,88	4,95	2,34

Fonte: Programma Nazionale Esiti (PNE) – Edizione 2025

Nb. Sono stati considerati solamente gli indicatori statisticamente significativi (p-value minore/uguale a 0,05) e sono da interpretare contestualmente al valore % grezzo ed aggiustato (% 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. È stato inserito anche il Rischio Relativo Precedente (RR Prec.) per avere un confronto con il periodo precedente.

- Rischio relativo (RR) < 1: è meno probabile che l'evento si verifichi
- Rischio relativo (RR) = 1: L'evento ha la stessa probabilità di verificarsi rispetto alla media nazionale
- Rischio relativo (RR) > 1: è più probabile che l'evento si verifichi

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

2.3.1 Prevenzione della corruzione

Ruolo RPCT e valutazione delle attività

Nel 2025 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (d'ora in poi anche solo RPC) ha continuato a svolgere il proprio ruolo centrale nel presidio dell'integrità amministrativa, assicurando la piena attuazione delle misure previste dal PTPCT e accompagnando l'Azienda nel recepimento delle novità introdotte dal nuovo PNA 2025. L'attività si è sviluppata lungo un percorso di progressiva strutturazione del sistema di prevenzione: il RPC ha coordinato il raccordo tra referenti, dirigenti, funzioni di controllo interno e OIV, garantendo coerenza metodologica e uniformità applicativa.

L'anno è stato caratterizzato dall'adozione delle nuove schede di mappatura dei rischi, orientate alla misurabilità, e dall'avvio di un monitoraggio di secondo livello maggiormente strutturato. L'estensione della mappatura a nuovi processi, l'aggiornamento dei presidi esistenti e il supporto costante fornito alle strutture hanno consentito di migliorare la qualità delle valutazioni e la capacità dell'Azienda di individuare tempestivamente eventuali aree di attenzione. Nel complesso, l'azione del RPC ha contribuito a rendere più maturo e coerente l'intero sistema di prevenzione.

Considerazioni generali sullo stato di attuazione della sezione anticorruzione e trasparenza del PIAO

L'attuazione della sezione anticorruzione del PIAO è risultata complessivamente solida. Le misure programmate hanno trovato applicazione in maniera progressivamente più uniforme in tutta l'Azienda, grazie anche alla nuova metodologia di analisi del rischio e all'aumento del grado di collaborazione da parte dei referenti.

La riformulazione delle schede di rischio ha permesso di rendere più leggibile la relazione tra processi, rischi e misure, mentre la disponibilità di dati acquisiti tramite questionari bilingui ha aumentato la profondità delle analisi. Permangono alcune difficoltà legate alla complessità organizzativa e ai volumi informativi da gestire, ma il quadro generale mostra un chiaro rafforzamento del presidio, con un livello di attuazione superiore rispetto agli anni precedenti. Le attività di prevenzione risultano oggi più integrate nei processi aziendali e maggiormente orientate alla tracciabilità e alla responsabilizzazione.

Analisi e valutazione dell'attività implementate per prevenire la corruzione

Nel 2025 l'attività di prevenzione della corruzione è stata caratterizzata da un approccio metodologico più maturo e strutturato rispetto all'anno precedente, grazie all'introduzione delle nuove schede di mappatura dei processi e all'applicazione del modello previsto dal PNA 2025. L'Azienda ha condotto un'analisi approfondita del contesto organizzativo, supportata da incontri con i referenti, raccolta di questionari bilingui e una revisione puntuale dei processi decisionali esposti a rischio corruttivo. La riformulazione delle schede di rischio ha permesso di rappresentare in modo più chiaro il funzionamento dei processi e di correlare più efficacemente rischi, misure e indicatori.

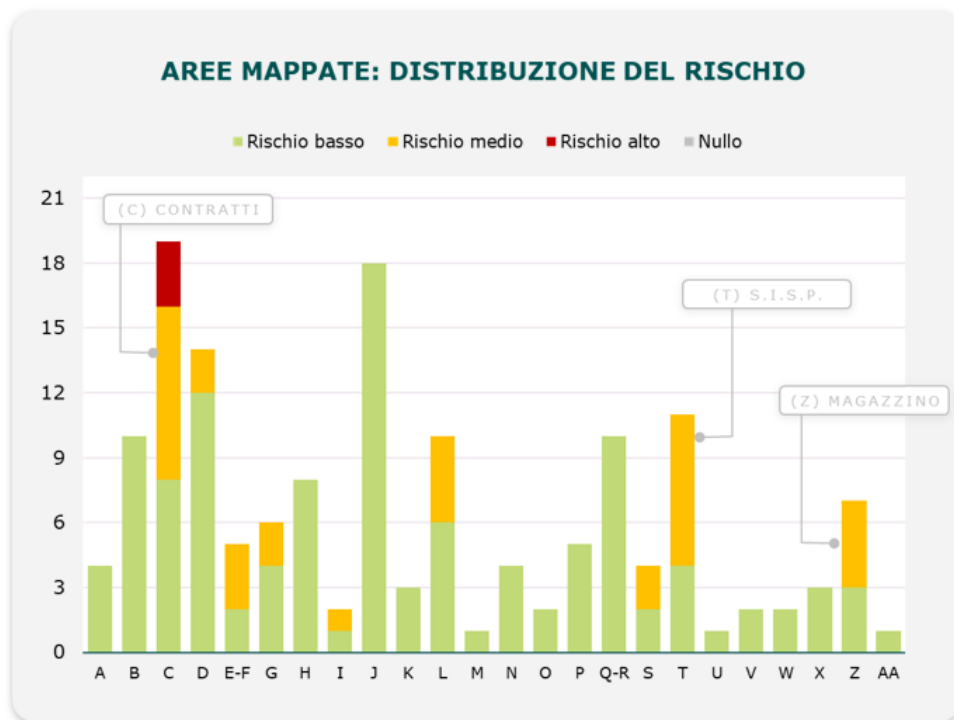
La valutazione dei rischi ha confermato che le aree a maggiore esposizione restano quelle più direttamente collegate alla gestione delle risorse e alle decisioni discrezionali. Tra queste rientrano gli appalti e gli affidamenti di beni e servizi, dove il rischio è legato alla gestione delle procedure di scelta del contraente, alla definizione dei fabbisogni e alla corretta applicazione delle regole di trasparenza e tracciabilità. Un'ulteriore area critica riguarda la gestione del personale, sia nella fase di assunzione che nei procedimenti

disciplinari, negli incarichi extraistituzionali e nell'organizzazione delle attività libero-professionali intramoenia. Sono risultati sensibili anche i processi relativi ai rapporti con i soggetti privati, incluse donazioni, sponsorizzazioni e convenzioni, ambiti nei quali gli elementi fiduciari richiedono presidi attentamente regolati.

Tra le aree più a rischio individuate figura inoltre la gestione del patrimonio mobiliare e immobiliare, compresi i magazzini, la logistica e i flussi di materiali sanitari; il settore farmaceutico, con particolare riguardo all'approvvigionamento, conservazione e tracciabilità dei farmaci; i processi clinico-amministrativi quali le liste d'attesa e la gestione delle priorità dei pazienti; i procedimenti di accertamento sanitario, come le commissioni per l'invalidità civile o per l'idoneità professionale; nonché i contatti con strutture convenzionate, specie quando coinvolgono personale che opera in entrambe le realtà.

A completamento dell'analisi del rischio, nel 2025 è stato avviato un monitoraggio di secondo livello che ha interessato le principali aree individuate come più esposte. I monitoraggi condotti hanno riguardato gli incarichi extraistituzionali, le commissioni esaminatrici e i potenziali conflitti di interesse dei loro componenti, casi di pantouflage, i patti di integrità nelle procedure di affidamento, nonché la verifica dei processi classificati come "rischi alti" nel Piano anticorruzione. Sono state inoltre svolte verifiche preliminari su alcuni processi collegati al PNRR, centrati sulla tracciabilità documentale e sul rispetto delle procedure. Le attività di controllo, nel complesso, non hanno rilevato irregolarità sostanziali, ma hanno permesso di individuare aree migliorabili, come la necessità di rafforzare la documentazione dei procedimenti, rendere più uniforme la compilazione delle schede e potenziare la tracciabilità delle decisioni. La valutazione delle attività svolte nel 2025 evidenzia un sistema di prevenzione più solido e consapevole, maggiormente in grado di intercettare potenziali vulnerabilità e di intervenire tempestivamente con misure correttive o preventive.

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



A	Controlli, verifiche e ispezioni	O	Servizio per le dipendenze – SERD
B	Personale	P	Gestione patrimonio e immobiliare
C	Contratti pubblici	Q-R	Servizio aziendale di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.) ed ispettorato micologico
D	Farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie		
E-F	Strutture private accreditate - Liste d'attesa	S	Servizio aziendale Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.) – Sezione di medicina ambientale
G	Attività Libero Professionale Intramoenia (LPI)		
H	Ripartizione aziendale legale e affari generali	T	Servizio aziendale di Igiene e Sanità pubblica (S.I.S.P.)
I	Ripartizione Informatica	U	Sponsorizzazione
J	Servizio aziendale di medicina del lavoro	V	Autovetture e parcheggi
K	Servizio aziendale di medicina dello sport	W	Donazioni
L	Servizio veterinario aziendale	X	Ufficio Internal Auditing
M	Minialloggi e altre soluzioni abitative	Z	Magazzino
N	Asili nido aziendale, microstrutture convenzionate	AA	Attività conseguente ai decessi intraospedalieri

Risultati ottenuti nel periodo considerato ed eventuali scostamenti

Il sistema di prevenzione ha prodotto risultati significativi e misurabili. L'aggiornamento della mappatura dei processi, la validazione delle schede e il confronto diretto con i referenti hanno confermato una maggiore maturità del sistema, accompagnata da una crescente uniformità nell'analisi dei rischi. Nel corso del 2025 sono stati inoltre svolti diversi audit di secondo livello, che hanno riguardato incarichi extraistituzionali, commissioni esaminatrici, possibili casi di pantouflage, conflitti di interesse, sponsorizzazioni, patti di integrità e processi amministrativi mappati come a maggiore esposizione. Gli audit non hanno evidenziato irregolarità sostanziali, ma hanno permesso di correggere alcune carenze documentali, di rafforzare la tracciabilità delle decisioni e di migliorare il rispetto delle procedure, in particolare nell'ambito degli affidamenti e della gestione degli incarichi.

La piena attuazione della nuova procedura whistleblowing ha contribuito a una gestione più ordinata delle segnalazioni, mentre l'introduzione delle checklist per i progetti PNRR ha consentito di rendere più solido il presidio sui flussi documentali e sulle verifiche di competenza dei RUP (responsabile unico del progetto). Gli scostamenti principali hanno riguardato alcuni ritardi nella trasmissione dei flussi informativi da parte di specifiche strutture e una iniziale disomogeneità nella compilazione delle schede di rischio, superata negli ultimi mesi grazie ad attività mirate di formazione, affiancamento e supporto. Nel complesso, il quadro restituisce un sistema più coerente, tracciabile e rispondente alle indicazioni del PNA 2025.

Formazione

Nel 2025 la formazione ha rappresentato un elemento centrale per la diffusione della cultura dell'integrità. Oltre ai corsi e-learning integrati su anticorruzione, trasparenza e privacy e alla formazione rivolta a dirigenti, RUP e componenti delle commissioni esaminatrici, l'Azienda ha puntato con decisione anche su

momenti di sensibilizzazione diretta. Il RPC ha infatti realizzato interventi pratico-informativi in tutti i Comprensori, partecipando sia alle riunioni dei primari sia a quelle dei coordinatori tecnico-assistenziali. Questi incontri, caratterizzati da un taglio operativo e fortemente orientato ai casi concreti, hanno favorito una più chiara comprensione dei comportamenti attesi e delle misure di prevenzione, contribuendo a rafforzare il senso di responsabilità individuale e collettiva.

La Giornata della Trasparenza, svolta anche nel 2025, ha completato il quadro delle iniziative formative, offrendo un ulteriore spazio di confronto sui temi dell'etica pubblica e del corretto agire amministrativo. Nel complesso, l'attività formativa ha incrementato la consapevolezza diffusa sui rischi corruttivi e ha promosso un approccio più maturo e condiviso alla prevenzione.

Di seguito una tabella che riporta schematicamente i singoli eventi formativi erogati nel 2025.

DATA	TEMI AFFRONTATI
10.12.2025	Incontro informativo dedicato ai coordinatori tecnico assistenziali (Bolzano)
21.10.2025	Giornata della Trasparenza
25.09.2025	Accesso documentale e civico
24.09.2025	Incontro informativo dedicato ai medici primari (Bolzano)
23.09.2025	Incontro informativo dedicato ai medici primari (Brunico)
03.09.2025	Incontro informativo dedicato ai medici primari (Merano)
09.05.2025	Formazione: Anticorruzione e prevenzione del conflitto di interessi
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

Nel 2025 l'Azienda ha gestito quattordici segnalazioni tramite il canale informatico conforme al D.Lgs. 24/2023, con un miglioramento significativo della tracciabilità e della qualità delle informazioni. Le segnalazioni hanno riguardato ambiti operativi e amministrativi ad elevata esposizione, tra cui maltrattamenti verso utenti, irregolarità nelle presenze e nell'organizzazione del lavoro, attività extraistituzionali non autorizzate, criticità negli affidamenti e comportamenti non conformi agli obblighi d'ufficio.

Le verifiche svolte hanno consentito di chiarire i fatti, correggere alcune prassi e avviare un procedimento disciplinare. Nel 2025 è stata inoltre attuata la nuova procedura whistleblowing e potenziata la comunicazione interna, rendendo il sistema più accessibile e favorendo una cultura di integrità e responsabilità.

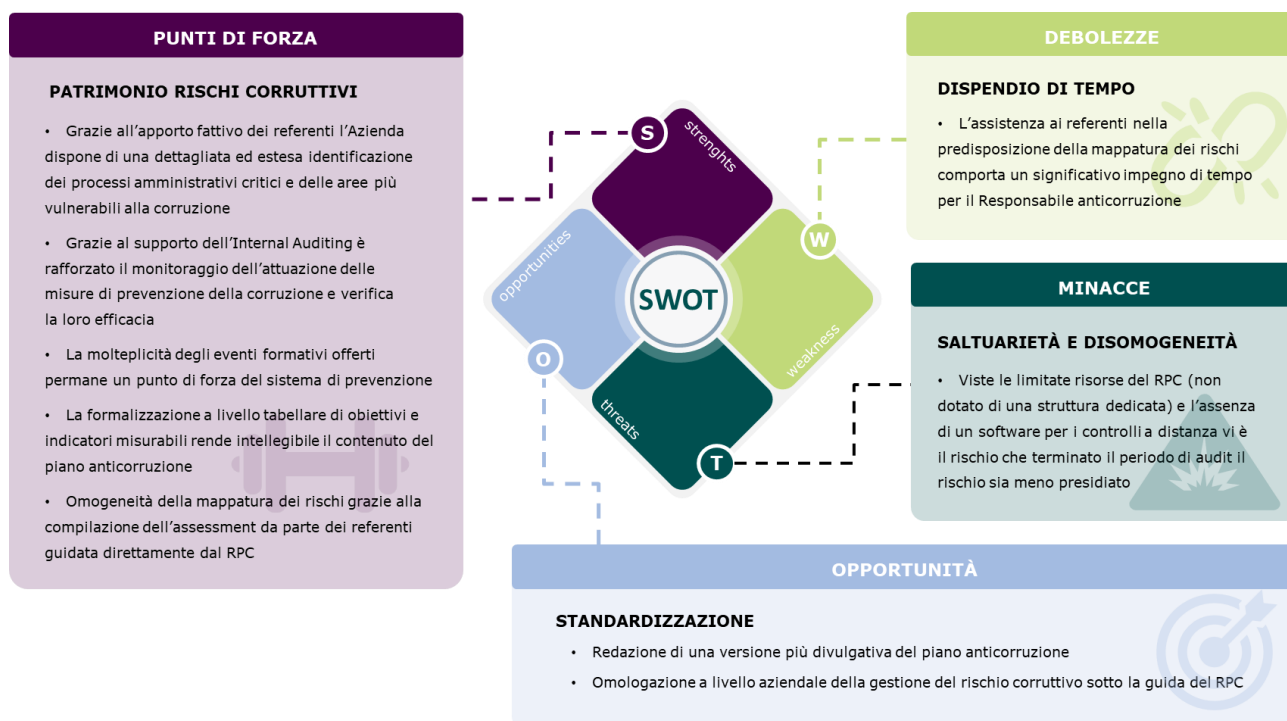
Conflitto di interessi

Nel 2025 il RPCT ha ricevuto tredici richieste di parere, spesso relative a situazioni complesse che richiedevano valutazioni puntuali. Le tematiche più ricorrenti hanno riguardato attività libero-professionali presso strutture convenzionate, rapporti economici con soggetti coinvolti nei processi decisionali, incarichi o consulenze potenzialmente incompatibili, partecipazione a commissioni in condizioni di possibili imparzialità compromessa e attività extraistituzionali presso fornitori.

Sono emersi anche casi di conflitto non patrimoniale legati a relazioni personali o familiari che potevano incidere su scelte cliniche, gestione delle liste d'attesa o attribuzione di incarichi. L'attività consultiva ha permesso di prevenire decisioni improprie, fornire chiarimenti normativi e assicurare maggiore trasparenza nei processi.

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

Gli scostamenti rispetto agli obiettivi del 2025 sono stati influenzati dall'introduzione del nuovo impianto metodologico del PNA 2025, che ha richiesto la completa riformulazione delle schede di mappatura con indicatori e target, rallentando inizialmente i flussi informativi.

Ulteriori fattori sono stati l'elevato numero di accertamenti connessi alle segnalazioni whistleblowing, che hanno comportato approfondimenti istruttori complessi, e l'aumento delle richieste di parere in materia di conflitti di interesse.

Ha inciso anche l'avvio di un monitoraggio di secondo livello più strutturato, che ha previsto audit su incarichi extraistituzionali, inconfiribilità/incompatibilità, commissioni esaminatrici, patti di integrità, aree a rischio elevato e prime verifiche PNRR.

Nonostante ciò, grazie al supporto alle strutture, alla standardizzazione dei flussi e a una formazione più operativa, la maggior parte degli obiettivi è stata recuperata o raggiunta.

2.3.2 Trasparenza

Di seguito si riportano le principali attività di adempimento della Trasparenza svolte nel 2025:

- adeguamento agli schemi ANAC secondo la delibera n. 495/2024;
- svolgimento di un evento formativo online sul tema: accesso documentale, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato e risvolti pratici;
- aggiornamento e miglioramento delle pubblicazioni in tema di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici;
- aggiornamento e miglioramento delle pubblicazioni in tema di sistema di misurazione e valutazione della performance;
- continuo adeguamento alle novità di settore della sezione bandi di gare e contratti;
- revisione e valutazione dei feedback ricevuti nel 2025 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);
- pubblicazione dell'elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che gli operatori sono tenuti a rispettare nello svolgimento di attività economiche per ottemperare alle disposizioni normative indicando altresì quelli eliminati, ai sensi dell'articolo 23-bis del decreto legislativo n. 33/2013;
- pubblicazione del piano audit;
- pubblicazione del registro atti liberalità;
- pubblicazione del regolamento aziendale segnalazione di condotte illecite (c.d. WHISTLEBLOWING) con conseguente adeguamento dell'intera sezione dedicata alla tematica;
- persistenza dell'uso di una piattaforma whistleblowing;
- n. 12 controlli sugli accessi civici registrati nel 2025 e susseguenti segnalazioni di correzione alle strutture competenti;
- n. 12 controlli sugli accessi civici generalizzati registrati nel 2025 e susseguenti indicazioni di correzione alle strutture competenti;
- n. 12 controlli sugli accessi ai documenti amministrativi registrati nel 2025 e susseguenti avvisi di correzione alle strutture competenti;
- ricerca continua nel 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, soprattutto, nell'ottica di ulteriori proceduralizzazioni e automazione nella generazione di dati, informazioni e documenti;
- 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 a singole strutture competenti richiedenti 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;
- liste di attesa, pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli richiesti dalla normativa – iniziativa promossa da GIMBE nel 2024: 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 è stato offerto anche nel 2025 e verrà riproposto nel 2026;
- 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";

- vari aggiornamenti sulla pagina intranet aziendale, ad esempio, presentazione di singole ripartizioni/uffici indicando i singoli contatti, le competenze e con messa a disposizione di singoli documenti utili, presentazione e descrizione del CUG (Comitato Unico di Garanzia) e dell'Unità organizzativa per il Governo Clinico e simili;
- pubblicazione dell'attestazione dell'OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione (delibera ANAC n. 192/2025), dalla quale emerge che i dati pubblicati da parte di ASDAA 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) 2026-2028, il quale risulta regolarmente pubblicato nella sezione - Amministrazione Trasparente - Altri contenuti del sito aziendale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.

2.4 Accessibilità fisica e digitale

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 222/2023 il 13 gennaio 2024 si è compiuto un passo significativo nella riqualificazione dei servizi pubblici, con particolare attenzione all'inclusione e all'accessibilità per le persone con disabilità. Questa disposizione, emanata in ottemperanza all'art. 2 della Legge n. 227 del 22 dicembre 2021, è finalizzata a garantire l'accessibilità alle Pubbliche Amministrazioni delle persone con disabilità.

Il Decreto Legislativo, strutturato in dieci articoli, parte dalla definizione di accessibilità, comprendente l'accesso e la fruizione in modo paritario dell'ambiente fisico, dei servizi pubblici (inclusi quelli elettronici e di emergenza), dell'informazione e della comunicazione.

L'articolo 3 del citato d.lgs. prevede che nel Piano integrato di attività ed organizzazione vengano proposti obiettivi programmatici e strategici finalizzati a garantire un approccio organizzato e mirato per raggiungere la piena accessibilità fisica e digitale, con particolare attenzione alle persone over 65 e con disabilità.

2.4.1 Accessibilità fisica

I quattro Comprensori sanitari dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige si attivano in modo autonomo nel migliorare l'accessibilità fisica ai cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità. Di seguito vengono riportate la situazione e le azioni attuate.

Comprensorio sanitario di Bolzano

Nel corso del progetto sono state sviluppate diverse attività mirate a migliorare l'orientamento, l'accessibilità e l'organizzazione degli spazi dell'Ospedale di Bolzano e delle strutture collegate. Una delle prime azioni ha riguardato l'estensione della segnaletica del nuovo padiglione anche ai padiglioni W e L. Böhler. Questo intervento ha consentito di uniformare lo stile comunicativo e visivo dell'ospedale, favorendo una maggiore coerenza nella lettura degli spazi e rendendo i percorsi interni più intuitivi per utenti, visitatori e personale. La nuova segnaletica è stata progettata per essere chiara, coerente e facilmente riconoscibile, migliorando sensibilmente l'esperienza di orientamento. Parallelamente, è stato avviato lo sviluppo di un sistema di wayfinding digitale, basato sulla navigazione in ambiente fotografico tramite smartphone. Questo strumento consente un orientamento più autonomo e sicuro all'interno dell'ospedale, grazie a percorsi visivi

realistici e facilmente riconoscibili. La sperimentazione iniziale ha evidenziato un forte potenziale di utilizzo, offrendo la possibilità di estendere in futuro il servizio all'area rossa e blu dell'edificio Boehler.

Un ulteriore ambito di intervento ha riguardato l'adeguamento degli uffici e delle aree di front office, con l'obiettivo di migliorarne l'accessibilità fisica e la fruibilità da parte degli utenti. Sono stati ripensati spazi, arredi e modalità di accoglienza, favorendo un'interazione più fluida e riducendo le barriere, sia architettoniche sia informative. Infine, è stato affrontato il tema della segnaletica alle entrate, ai piani e alle stanze delle varie strutture. È stata sviluppata una nuova impostazione grafica e contenutistica pensata per garantire accessibilità universale, semplicità di lettura e piena comprensibilità delle informazioni da parte di ogni tipologia di utente. La segnaletica aggiornata descrive in modo chiaro reparti, servizi, uffici e i rispettivi dirigenti responsabili, contribuendo ad una maggiore trasparenza e a una comunicazione istituzionale più strutturata.

Comprensorio sanitario di Bressanone

Nel 2025 sono state perseguite diverse attività per quanto riguarda la comunità psichiatrica protetta. È in fase di redazione il progetto per la nuova costruzione e il progettista nella redazione terrà conto di quanto previsto dalla normativa vigente per garantire una totale accessibilità.

Per quanto riguarda la nuova costruzione della Casa della Comunità Vipiteno il progetto è in fase di edificazione. A lavori ultimati verrà garantita una piena accessibilità fisica.

Sono state altresì eseguite le seguenti azioni migliorative per garantire ed ottimizzare gli accessi dei diversamente abili e delle persone con problemi motori:

- presso gli uffici siti in piazza duomo a Bressanone è stata rimossa la porta a spinta, posando una nuova porta automatica che facilita l'ingresso a tutte le categorie di utenti;
- presso l'ospedale di Bressanone è stata eseguita una nuova rampa con relativo corrimano che collega il piano ingresso con il piano interrato dell'ospedale, attenendosi alla normativa vigente e facilitando l'ingresso a tutte le categorie di utenti;
- presso l'ospedale di Bressanone (ingresso piano interrato edificio principale) è stata rimossa la porta a spinta, posando una nuova porta automatica che facilita l'ingresso a tutte le categorie di utenti;
- presso l'ospedale di Bressanone è stata rifatta completamente la rampa che collega il piano ingresso con il primo piano dell'edificio principale, chiudendo le fughe della pietra naturale rendendo la superficie piana, eseguendo una chiusura alla base dei corrimani per garantire ai non vedenti una guida per il bastone a terra ed ottimizzando l'illuminazione in questa zona;
- presso gli ascensori dell'ospedale di Bressanone è stato implementato il sistema acustico con indicazione del piano, dell'apertura/chiusura porta.

Comprensorio sanitario di Brunico

È stato riaperto l'accesso diretto tra fermata ferroviaria Brunico Nord e Ospedale di Brunico.

È in fase di realizzazione la possibilità di accedere direttamente al pronto soccorso dell'Ospedale di Brunico tramite la via Karl-Toldt.

È in fase di introduzione un servizio di accompagnamento presso l'Ospedale di Brunico, al fine di facilitare l'orientamento all'interno dell'area ospedaliera.

2.4.2 Accessibilità digitale e lingua facile

Il Decreto Legislativo n. 222/2023 mira ad assicurare l'accesso e la fruibilità dell'informazione e della comunicazione in carattere Braille, ivi inclusi i sistemi informatici e le tecnologie di informazione in formati facilmente leggibili e comprensibili. In questa ottica l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha deciso di realizzare una sezione della propria homepage in cosiddetta "Lingua facile" con alcune sotto-sezioni di primaria utilità. Con il termine "Lingua facile" si intende una variante semplificata e standardizzata del linguaggio caratterizzata da una forma di espressione più semplice e da una forma visiva speciale. Ciò a beneficio soprattutto di persone con difficoltà cognitive, ma anche di apprendimento e linguistiche in genere.

L'Ufficio Comunicazione della Salute nel 2025 ha dato vita alla stesura di un concetto di base, nonché - in collaborazione con la Ripartizione Acquisti - ad un'indagine di mercato per individuare un partner esperto in materia (in maniera simile a quanto effettuato da parte della Amministrazione provinciale) e alla successiva implementazione della sezione, con i relativi primi contenuti. Su richiesta della Direzione aziendale e per evitare possibili problemi tecnici durante il periodo delle festività di fine anno, la sezione è stata messa online a gennaio 2026 e si trova al link: [Portale in lingua facile dell'Azienda Sanitaria](#)

2.5 Semplificazione

Azioni finalizzate alla semplificazione dei processi

La semplificazione amministrativa costituisce una leva strategica per la prevenzione della corruzione nell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Ridurre la complessità burocratica, limitare la discrezionalità e favorire la tracciabilità e la trasparenza dei procedimenti sono obiettivi centrali del PIAO.

Iniziative realizzate nel 2025 includono:

- la nuova Anagrafe Vaccinale Provinciale con modelli semplificati e firma massiva;
- l'adeguamento FSE (fascicolo sanitario elettronico) 2.0 e la gestione automatizzata degli errori;
- la digitalizzazione delle richieste e autorizzazioni tramite area intranet dipendenti;
- l'unificazione dei sistemi di cassa e fatturazione differita tra comprensori;
- l'implementazione di policy e procedure di cybersecurity;
- la progressiva estensione della chiamata paziente con numero e delle agende CUP integrate.

Dagli audit interni emerge che la digitalizzazione e la standardizzazione dei processi hanno già portato a una maggiore tracciabilità, trasparenza e omogeneità nei controlli, riducendo i rischi di opacità e discrezionalità nelle procedure di acquisto, gestione del personale, magazzino e rendicontazione.

L'ordinario processo di audit prevede di norma la valutazione dell'opportunità di semplificazione e di reingegnerizzazione delle procedure in esame, formalizzata se del caso con specifiche richieste di intervento indirizzate al process owner e condivise col medesimo. L'eventuale ricorso alla tecnologia viene sempre sottoposto a una stima preventiva costi/benefici, da realizzarsi con il supporto della Ripartizione Informatica.

Il valore pubblico perseguito si concretizza nello sviluppo della governance, nel miglioramento della programmazione e del controllo, e nella realizzazione delle verifiche previste dal piano di audit 2025.

Azioni di miglioramento e raccomandazioni:

- completare la dematerializzazione delle richieste di acquisto e uniformare i moduli aziendali;
- rafforzare la tracciabilità delle operazioni di magazzino e la gestione informatizzata degli inventari;
- formalizzare e diffondere procedure operative dettagliate per i controlli, garantendo la rotazione delle risorse e la segregazione dei compiti;
- adottare sistemi di monitoraggio automatizzati per la verifica dei dati e delle performance;
- promuovere la formazione continua del personale sulle nuove procedure e strumenti digitali.

In sintesi, la semplificazione amministrativa in ASDAA è un processo trasversale che coinvolge tutte le aree aziendali e si traduce in maggiore efficienza, trasparenza e presidio anticorruzione, con benefici concreti sia per l'organizzazione interna sia per l'utenza.

SEZIONE 3 - ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.1 Struttura organizzativa

Organizzazione e funzioni dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Per quanto attiene all'organizzazione aziendale nel 2025, l'approvazione del funzionigramma delle strutture sanitarie, tecnico-assistenziali ed amministrative (deliberazione del Direttore Generale n. 2025-931 del 30.09.2025) e l'elaborazione della proposta del nuovo Atto aziendale hanno costituito interventi essenziali per chiarire l'assetto delle responsabilità, per rendere univoca l'attribuzione dei ruoli decisionali e operativi e per rafforzare le modalità di raccordo tra la Direzione aziendale e i comprensori sanitari. Nello specifico, il funzionigramma ha consentito di definire in modo puntuale le competenze delle unità organizzative e di formalizzare i principali flussi di interazione tra le strutture.

Con la prevista prossima adozione del nuovo Atto aziendale, l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige intende dotarsi di un quadro organizzativo unitario e compiuto, superando l'impostazione finora vigente e rafforzando la chiarezza delle relazioni tra i diversi livelli decisionali. Il modello delineato rafforza pertanto la distinzione tra le funzioni di governo aziendale, attribuite alla Direzione aziendale, e le funzioni di erogazione/produzione dei servizi, assegnate ai comprensori sanitari.

3.2 Situazione economico-finanziaria per il 2025

Con deliberazione della Giunta Provinciale n. 1038 del 19/11/2024 la Provincia ha definito le Direttive all'Azienda sanitaria dell'Alto Adige per il finanziamento nell'anno 2025 e le previsioni 2025-2027. Il piano di finanziamento è stato poi rivisto alla luce della decisione da parte della Giunta Provinciale di rinviare l'approvazione delle revisioni tariffarie riferite alle strutture private che erogano assistenza ospedaliera (alla luce del rinnovo del contratto AIOP-ARIS) e assistenza territoriale (cd. Terzo settore) e comunicato con nota della Ripartizione salute prot. n. 975639 p_bz del 11.12.2024.

Su questa base l'Azienda Sanitaria è stata in grado di predisporre il bilancio preventivo 2025 con un risultato in pareggio e di approvarlo con delibera del Direttore Generale n. 2024-A-001371 del 20.12.2024.

Successivamente il bilancio preventivo 2025 dell'Azienda sanitaria è stato approvato dalla Giunta Provinciale con deliberazione n. 1232 del 30.12.2024.

Nel corso dell'esercizio 2025 e con l'approvazione del bilancio di assestamento della Provincia, si sono verificati alcuni consistenti incrementi delle risorse a disposizione dell'Azienda volte a far fronte all'aumento dei costi relativi all'ospedalità privata e al terzo settore, alle spese connesse all'organizzazione dei giochi olimpici ed in particolare ai maggiori oneri per rinnovi contrattuali. La principale componente della spesa aziendale è rappresentata dal costo del personale, tale costo è attribuibile per circa l'80% a personale del ruolo sanitario.

Rispetto all'esercizio precedente, nel consuntivo 2025 il costo del personale è aumento di circa 52 milioni di euro da attribuire ai maggiori costi 2025 rispetto al 2024 derivanti dall'applicazione dei rinnovi contrattuali, coperti da contributi provinciali dedicati. Per effetto dei nuovi contratti è stata registrata, invece, una forte diminuzione del debito verso il personale per TFR.

Aumenti di costi si sono verificati anche per quanto riguarda gli acquisti di beni sanitari, in particolare farmaci e di alcuni servizi sanitari come l'assistenza specialistica, la medicina di base e le prestazioni sociosanitarie a rilevanza sanitaria.

Grazie anche ad adeguati contributi della Provincia, nel 2025 l'Azienda è stata in grado di perseguire gli obiettivi relativi allo sviluppo e alla qualità dell'assistenza, garantendo al contempo il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

In base ai dati del bilancio di esercizio 2025, i ricavi totali sono cresciuti di circa 148,4 milioni di euro, pari a un aumento di 8,49% rispetto all'anno precedente, i contributi in conto esercizio della Provincia da Fondo sanitario provinciale (FSP) sono aumentati di circa 91,8 milioni di euro (+5,81%), comprendendo anche i finanziamenti legati ai rinnovi contrattuali per il 2025. I costi complessivi sono aumentati di circa 119,7 milioni di euro (+6,92%).

Il bilancio 2025, approvato con delibera del Direttore Generale n. 283 del 30.04.2026 si è chiuso con un risultato positivo di 64.781.863,13 euro. Il bilancio d'esercizio è attualmente in fase di esame per l'approvazione da parte della Provincia. Per informazioni definitive e dettagliate si rinvia alla pubblicazione sul sito dell'Azienda nella sezione amministrazione trasparente.

3.3 Strategia di copertura del fabbisogno

Nel corso del 2025 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha portato avanti un'importante strategia di copertura del fabbisogno di personale, sostenuta dall'implementazione di diversi contratti collettivi che hanno rafforzato l'attrattività dell'organizzazione e promosso la motivazione, il riconoscimento e la crescita professionale. Questi contratti non costituiscono un semplice aggiornamento normativo, bensì rappresentano un investimento concreto sulle persone e sulla qualità del lavoro, contribuendo a costruire un'organizzazione ancora più attenta al benessere ed allo sviluppo delle risorse umane.

All'interno della contrattazione collettiva di comparto sono state introdotte innovazioni significative finalizzate a migliorare le condizioni lavorative ed a valorizzare il contributo dei professionisti: riduzione dell'orario settimanale, nuove regole su straordinari, nuove tariffe per reperibilità, lavoro notturno, esoneri, aggiornamento professionale fuori orario e incrementi nella retribuzione accessoria. Dal 1° luglio 2025, infatti, l'orario settimanale per tutti i profili del ruolo sanitario, OSS, OTA, OTAP ed assistenti sociali è passato da 38 a 36 ore, a stipendio invariato, favorendo un ambiente lavorativo più sostenibile ed una migliore conciliazione vita-lavoro.

Un'ulteriore leva di valorizzazione è stata l'introduzione dei servizi aggiuntivi, proposti su base volontaria al personale tecnico-assistenziale per garantire la copertura dei servizi, riconoscendo l'impegno e la disponibilità in modo trasparente e strutturato.

Parallelamente, il contratto della dirigenza sanitaria ha previsto misure mirate a rafforzare l'attrattività delle carriere dirigenziali, attraverso incrementi economici, nuove indennità e strumenti che premiano competenze, responsabilità e complessità dei ruoli. Le misure dedicate alla formazione e allo sviluppo professionale contribuiscono inoltre ad attrarre e trattenere personale altamente qualificato, mentre il nuovo sistema di valutazione introduce criteri più meritocratici e trasparenti, valorizzando la performance individuale.

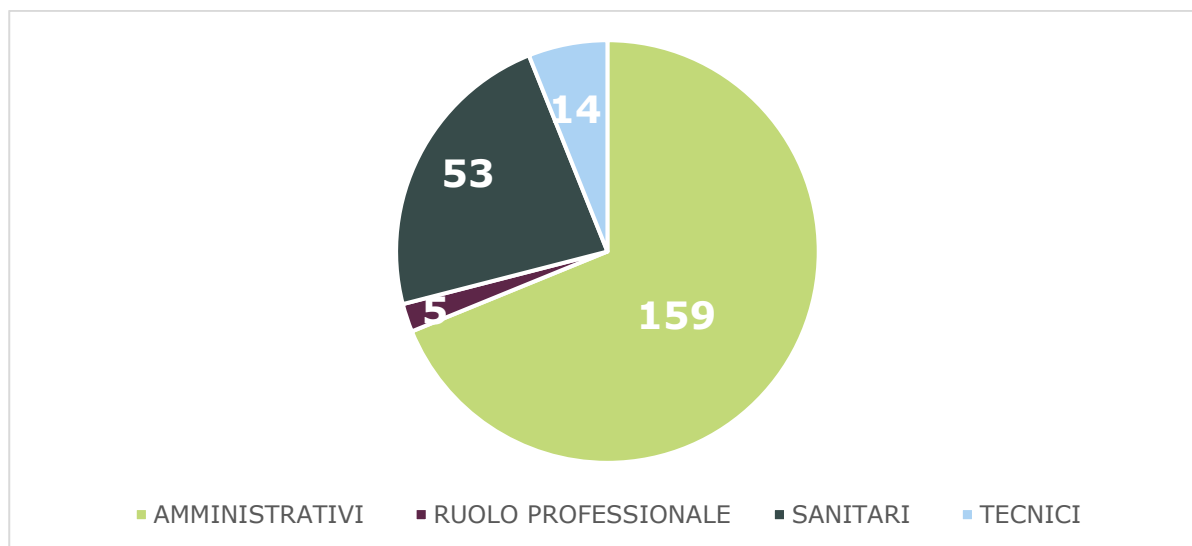
Il complesso di interventi rafforza la qualità dei percorsi di carriera ed il riconoscimento professionale, sostenendo il benessere e la crescita interna. Si tratta di un insieme coordinato di misure che dà valore all'expertise, sostiene la formazione continua e contribuisce a migliorare la qualità del Sistema sanitario provinciale.

Nell'ambito della strategia di copertura del fabbisogno, l'Azienda Sanitaria ha gestito un volume significativo di attività: sono state curate 803 procedure di assunzione, di cui 152 per personale amministrativo, 3 per ruoli professionali, 491 per il personale sanitario e 157 per il personale tecnico.

3.4 Organizzazione del lavoro agile

Un altro elemento di particolare rilievo nella valorizzazione del personale è rappresentato dall'organizzazione del lavoro agile. L'Azienda considera questa modalità non come una semplice opzione organizzativa, bensì come uno strumento strategico di benessere, capace di migliorare la qualità della vita lavorativa e il livello di motivazione. Il lavoro agile permette infatti ai dipendenti di gestire con flessibilità la propria attività, riducendo stress, tempi di spostamento e carichi familiari. Inserito nell'ambito delle politiche di welfare, sostiene i dipendenti con esigenze di conciliazione e contribuisce a fidelizzare il personale.

Di seguito i dati del personale dipendente che ha richiesto lo smart working alla data del 31/12/2025 suddivisi per ruolo.



3.5 Formazione del personale

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 2025 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha organizzato ed eseguito 700 eventi di formazione interna. Inoltre, nello stesso anno l'Azienda ha garantito 9.800 partecipazioni 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 2025 i collaboratori che hanno svolto il corso base parte generale sono stati 1.086.
- Formazione base parte specifica rischio basso (4 ore) e rischio alto (12 ore): L'Azienda ha offerto 6 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 2025 al corso base parte specifica sono 625.
- 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 2025 al corso di aggiornamento sono 1.158.

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 2025 sono state organizzate 6 edizioni con circa 33 partecipanti cadauno.
- Aggiornamento sicurezza sul lavoro per preposti (6 ore): nel 2025 sono state organizzate 5 edizioni con circa 30 partecipanti cadauno.
- Formazione sicurezza sul lavoro per dirigenti (16 ore): nel corso del 2025 sono state organizzate 4 edizioni con circa 8 partecipanti cadauno.
- Aggiornamento sicurezza sul lavoro per dirigenti (6 ore): nell'autunno del 2025 sono state organizzate 4 edizioni con circa 11 partecipanti cadauno.

Inoltre, L'Azienda Sanitaria ha offerto il corso riguardante il GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati), al quale nel 2025 hanno partecipato 1.512 dipendenti.

Promozione del bilinguismo: Misure di supporto per l'acquisizione della lingua tedesca e italiana

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige promuove attivamente il bilinguismo tra il personale sanitario, offrendo un sostegno ai dipendenti sanitari privi di attestato di bilinguismo. L'obiettivo è favorire l'acquisizione delle competenze linguistiche necessarie sia per lo svolgimento delle mansioni lavorative in un ambito lavorativo plurilingue che per l'ottenimento del certificato linguistico previsto da contratto.

Per facilitare l'apprendimento della lingua tedesca e della lingua italiana, vengono messe a disposizione le seguenti misure di supporto:

- Corsi di lingua interni a livello A1 (intensivi; online e in presenza);
- Corsi di lingua interni a livello A2-C1 (estensivi; online e in presenza);
- Contributo alle spese e riconoscimento ore in merito alla partecipazione a corsi di lingua esterni, in casi debitamente motivati e previamente autorizzati;
- Contributo alle spese e riconoscimento delle ore in merito alla partecipazione a soggiorni linguistici all'estero e in Italia;
- Organizzazione interna di esami di certificazione linguistica per l'ambito sanitario;
- Consulenza linguistica individuale;
- Volontariato linguistico e tandem linguistico;
- Eventi informativi e di sensibilizzazione.

La promozione delle competenze linguistiche costituisce un elemento strategico per supportare la qualità dell'assistenza ai pazienti, per contribuire alla stabilizzazione del rapporto di lavoro e per offrire una risposta strutturata alla carenza di personale qualificato nel settore sanitario.

3.6 Il Piano triennale delle azioni positive e il Gender equality plan – Le pari opportunità e l'equilibrio di genere

Nel 2025 l'Azienda Sanitaria ha proseguito l'attuazione del Piano triennale 2024–2026, documento guida in materia di inclusione, pari opportunità e benessere organizzativo. Il Piano definisce un quadro strutturato di misure volte a valorizzare il personale, garantire pari condizioni di accesso e sviluppo professionale, prevenire discriminazioni e rafforzare un clima di lavoro positivo.

Le azioni si collocano in continuità con il Piano integrato di attività e organizzazione 2025-2027 e il Codice di comportamento per la tutela della dignità delle persone, contribuendo al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali.

3.6.1 Analisi e monitoraggio dei dati sul personale

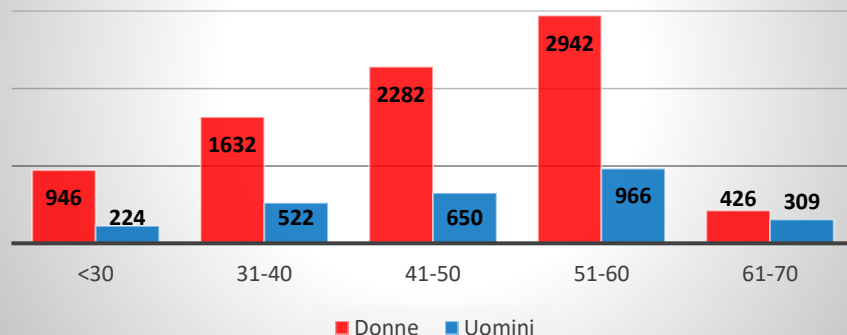
La relazione sulla condizione del personale è un adempimento del Comitato Unico di Garanzia (CUG) previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei ministri del 4 marzo 2011 così come integrata dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 2/2019.

Analisi di contesto

In Azienda predomina fortemente la presenza femminile (dato del 30.09.2025): il 75% dei/delle dipendenti è di genere femminile ed il 25% maschile. In valore assoluto il personale di genere femminile risulta pari a 8.228 unità mentre quello di genere maschile pari a 2.671.

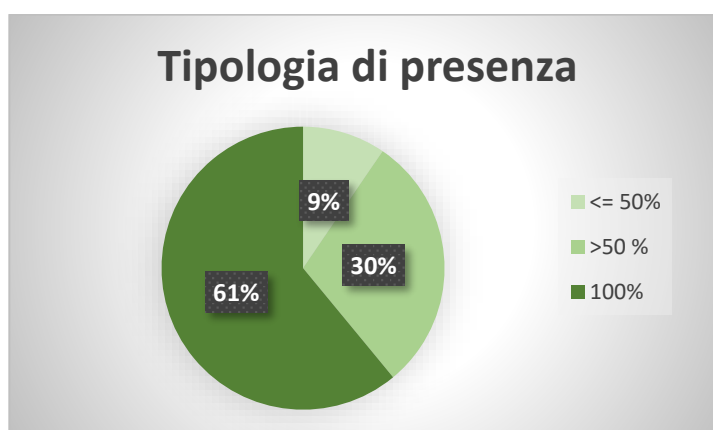


Personale suddiviso per età e genere al 30.09.2025



Tipo di presenza: tempo pieno e forme part-time al 30.09.2025

Tipo di presenza	N. dipendenti
Part time <=50%	1.036
Part time >50%	3.216
Tempo pieno	6.647
Totale	10.899

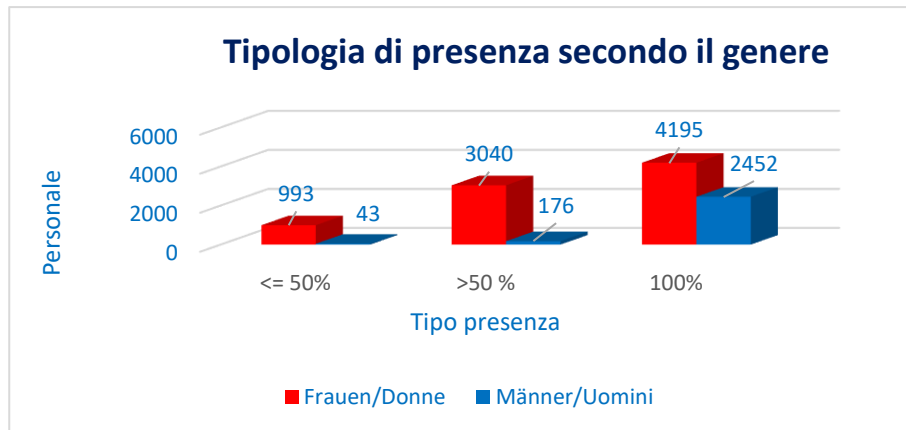


Come si evince dal grafico soprastante il personale a tempo pieno rappresenta il 61% del totale, il 9% del personale ha un contratto part-time < =50% e il 30% del personale lavora con un contratto part-time >50%. Il numero di dipendenti che usufruisce di un part-time è di 4.252 unità su complessivamente 10.899 dipendenti.

Forme di lavoro full e part-time secondo genere

Tipo di presenza	Donne	Uomini	Totale
Part-time <=50%	993	43	1.036
Part-time>50%	3.040	176	3.216
Tempo pieno	4.195	2.452	6.647
Totale	8.228	2.671	10.899

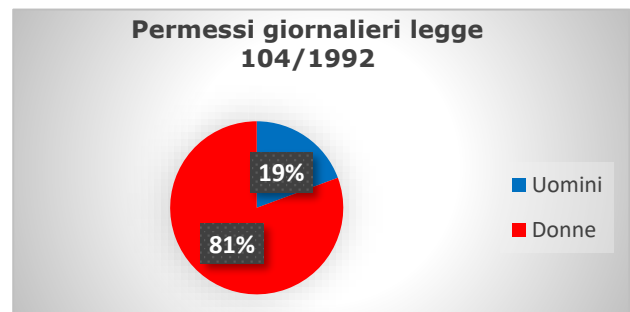
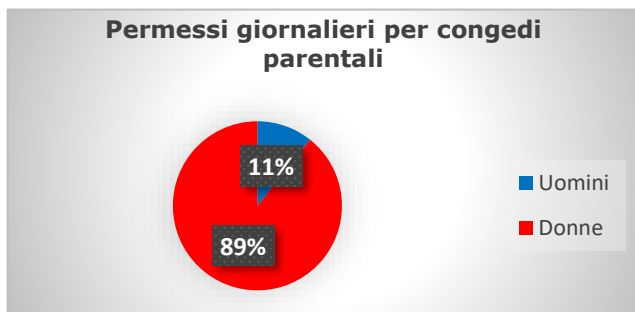
Come sopra esplicitato il 61% dei/delle dipendenti lavora a tempo pieno; secondo l'analisi di genere, ca. il 92 % dei maschi (in cifre: 2.452) lavora a tempo pieno contro ca. il 51% delle femmine (in cifre 4.195). Si può notare che vi è un notevole sbilanciamento di genere nell'utilizzo di tale istituto, usufruito da parte del genere femminile.



Congedi e genere

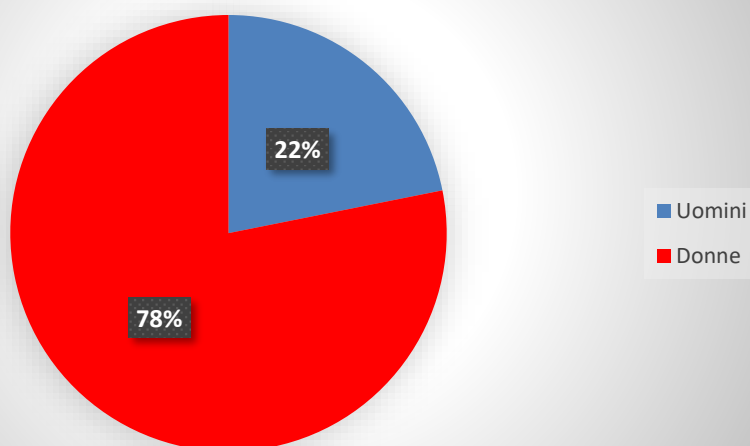
Al 30.09.2025 i permessi giornalieri per congedi parentali sono per l'89% usufruiti da parte delle dipendenti femminili e per l'11% dell'organico maschile.

Al 30.09.2025 i permessi giornalieri per congedi secondo la legge numero 104 del 1992 invece sono per l'81% usufruiti da parte delle dipendenti femminili e per il 19% dei dipendenti di genere maschile.



Al 30.09.2025 invece i permessi orari per congedi secondo la legge numero 104 del 1992 invece sono per l'78% usufruiti da parte dalle dipendenti femminili e per l'22% dei dipendenti genere maschile.

Permessi orari legge 104/1992

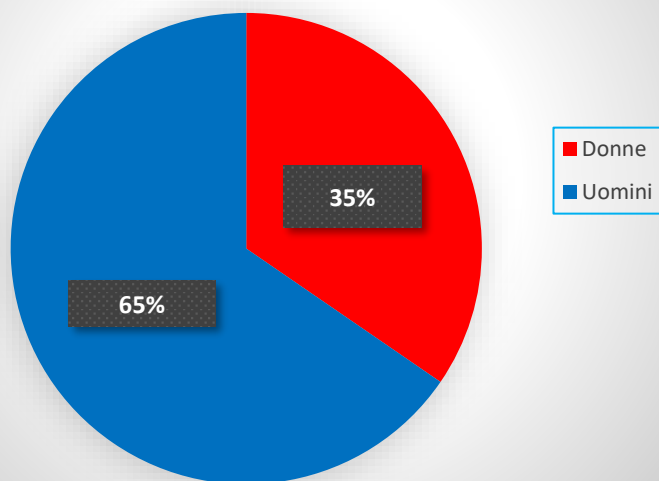


Come si può evincere dai grafici i dipendenti di genere maschile usufruiscono in misura sensibilmente maggiore dei permessi associati alla legge n. 104 del 1992 rispetto a quelli correlati ai congedi parentali.

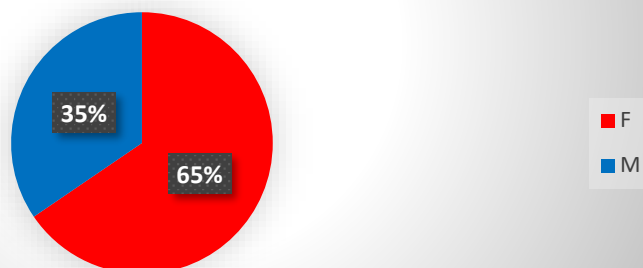
Posizioni dirigenziali e non

Nel 2025 si pone il focus alle posizioni di responsabilità non dirigenziali (coordinatori/ci e i loro sostituti/e) con un confronto con i dati del 2024 relativi alle posizioni dirigenziali, vedasi i due grafici sottostanti:

Posizioni dirigenziali suddivise per genere al 31.10.2024

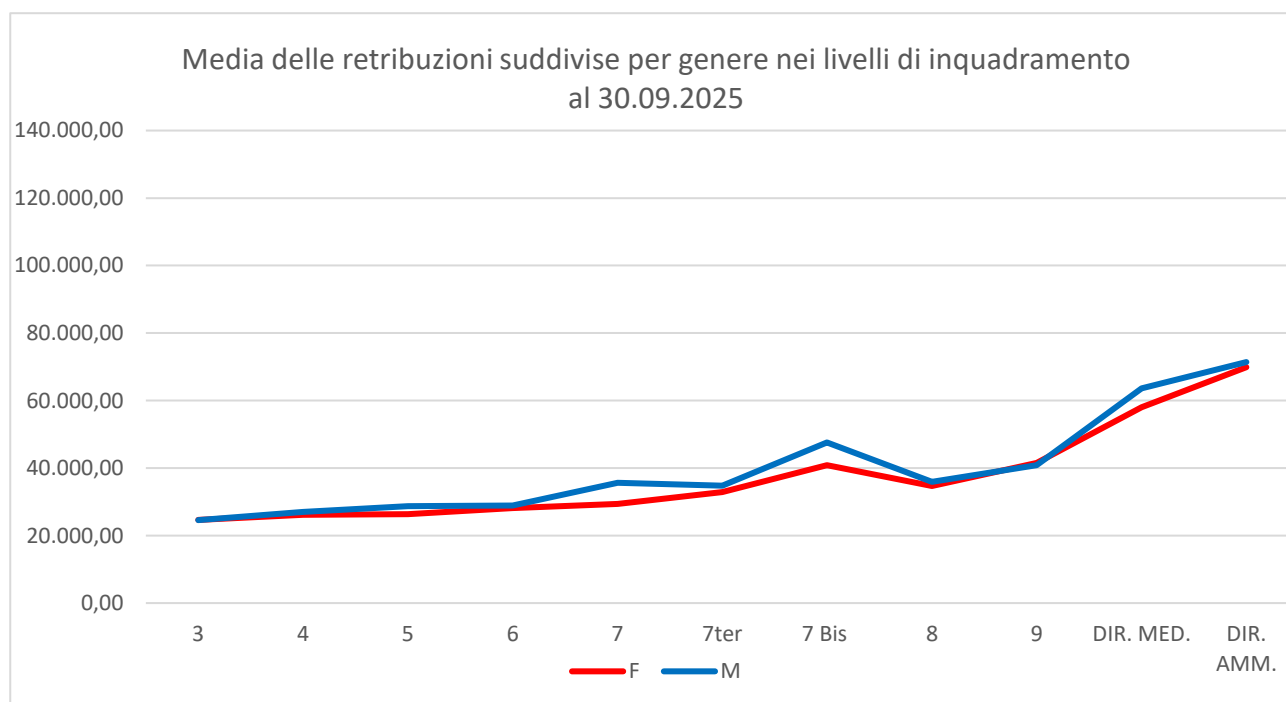


Posizioni di responsabilità non dirigenziali Coordinatori e sostituti 30.09.2025



Osservando i grafici si evince una relazione speculare tra la distribuzione di genere nel personale di coordinamento e quella nelle posizioni dirigenziali: sebbene le donne costituiscano il 65% del personale di coordinamento, solo il 35% ricopre ruoli dirigenziali. Al contrario, gli uomini rappresentano il 35% del personale di coordinamento ma occupano il 65% delle posizioni dirigenziali. Questo evidenzia una significativa disparità di genere nei ruoli dirigenziali.

Retribuzione per genere



Dal grafico emerge che, a partire dal sesto livello retributivo, si registra una prevalenza di compensi più elevati per il personale di genere maschile. Tuttavia, il divario retributivo tra uomini e donne risulta attenuato rispetto agli anni precedenti, indicando un parziale progresso verso una maggiore equità salariale.

3.6.2 Piano triennale delle azioni positive e Gender equality plan (GEP)

Il Piano triennale 2024–2026 costituisce la base centrale dell’impegno dell’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige nei settori dell’inclusione, della parità e del benessere.

Esso definisce un quadro chiaro per la promozione di misure che pongono al centro la valorizzazione e la salute delle collaboratrici e dei collaboratori. L’obiettivo è creare un ambiente di lavoro che garantisca pari opportunità, prevenga le discriminazioni e rafforzi un clima organizzativo positivo.

Allo stesso tempo, il Piano sostiene la conciliazione tra vita professionale e privata e crea strutture che consentono uno sviluppo sostenibile. Con la sua attuazione, l’Azienda si impegna a garantire sistematicità, continuità e coerenza a tali misure.

I contenuti sono coerenti con il Piano integrato di attività e organizzazione, con il Piano complessivo 2022–2024 e con il Codice di comportamento per la tutela della dignità di tutte le persone dipendenti. Il Piano triennale contribuisce pertanto in modo significativo al raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali fino al 2026.

1. FORMAZIONE

Programmi formativi trasversali su pari opportunità, non discriminazione, dignità e benessere organizzativo

Obiettivo

Rafforzare una cultura organizzativa inclusiva che rispetti la dignità di tutte le persone, prevenga efficacemente discriminazioni e molestie e promuova il benessere organizzativo.

Misure adottate

- Congresso “Diversity Management” (12.05.2025) – L’unicità è la nostra forza, l’inclusione il nostro futuro
- Diversi corsi sulle competenze di de-escalation
- “Ministi: qualificazione di base sui temi LGBT+ per migliorare la relazione professionale tra operatori e pazienti”
- Congresso “Quality Day” (29.05.2025)

Sviluppo della leadership e prevenzione di comportamenti discriminatori

Obiettivo

Rafforzare competenze di leadership inclusiva, una gestione equa del personale e la prevenzione di bias e comportamenti discriminatori nelle posizioni di responsabilità.

Misure adottate

- Congresso “Leadership inclusiva” per dirigenti e coordinatori/trici (14.05.2025)
- “Guidare il cambiamento” (05–06.05.2025)
- Workshop della Direzione amministrativa e dei dirigenti dell’Azienda (novembre/dicembre 2025)
- “Leadership efficace” (2 edizioni 2025: aprile/maggio, settembre/novembre)
- Corsi di mediazione dei conflitti
- “Salute nei gruppi di lavoro in ambito sanitario” (Cerismas)

Empowerment e sviluppo delle competenze per le donne

Obiettivo

Aumentare la presenza delle donne nei ruoli di leadership e rafforzarne la tutela e lo sviluppo professionale all’interno dell’Azienda.

Misure adottate

- “Donne in leadership” (14.04.2025; follow-up: 29.05.2025) – mentoring, networking, sviluppo delle competenze (negoziiazione, presentazione, change management)
- “Violenza contro le donne” (Merano)

2. PUNTI DI RIFERIMENTO

Prevenzione e contrasto di molestie, discriminazioni e violenza sul luogo di lavoro

Obiettivo

Garantire un ambiente di lavoro rispettoso e sicuro mediante meccanismi efficaci di prevenzione, segnalazione e tutela, anche alla luce di casi segnalati e degli obblighi di legge del datore di lavoro.

Misure adottate

- Funzionamento e comunicazione della Consiglieria di fiducia (istanza esterna e neutrale); coordinamento operativo con il CUG
- Punto di riferimento per situazioni di crisi sul lavoro e mobbing

Reclutamento e accesso equo (pari opportunità, trasparenza)

Obiettivo

Garantire pari opportunità di accesso all'occupazione (bandi, concorsi, procedure di mobilità, contratti) e ridurre barriere indirette di natura di genere.

Misure adottate

- Procedure di selezione con criteri chiari e accessibili (tempo indeterminato, determinato, incarichi professionali, mobilità), comunicazione multilingue
- Evidenziazione dell'impegno per la parità e del principio delle pari opportunità nei bandi

Comunicazione e cultura organizzativa (dialogo, partecipazione, consultazione)

Obiettivo

Promuovere una cultura del dialogo e della partecipazione attiva attraverso formati strutturati di coinvolgimento su cultura organizzativa, parità e benessere.

Misure adottate

- Iniziative di comunicazione su parità, visibilità e riconoscimento
- Rilevazione sullo stress lavoro-correlato 2025

3. AUDIT famiglia e lavoro

Certificazione permanente 2025 AUDIT FAMIGLIA E LAVORO

Obiettivo

Rafforzare un sistema strutturato e certificato di promozione della conciliazione quale leva per la parità e l'attrattività come datore di lavoro.

Misure adottate

- Conclusione del processo di audit pluriennale e ottenimento della certificazione permanente (settembre 2025)
- Allineamento alle linee guida dell'audit provinciale “famiglia e lavoro”, monitoraggi periodici e piani di miglioramento continuo

Servizi di supporto alla genitorialità e all'assistenza (asili nido aziendali, servizi informativi, cooperazioni)

Obiettivo

Sostenere i genitori e ridurre l'impatto dei carichi di cura sullo sviluppo professionale, favorendo una migliore conciliazione e continuità lavorativa, in linea con gli standard della certificazione "Famiglia e lavoro".

Misure adottate

- Gestione di più asili nido aziendali e cooperazioni con strutture esterne per l'assistenza all'infanzia, con adeguamento degli orari di apertura

Modelli di lavoro flessibili e conciliazione (part time modulare, smart working, rientro protetto)

Obiettivo

Ridurre le differenze di genere legate ai carichi di cura tramite modelli di lavoro flessibili e lavoro agile, aumentando fidelizzazione, attrattività e benessere dopo il congedo parentale.

Misure adottate

- Ampio utilizzo di orari flessibili, modelli part time e turnazioni personalizzate; applicazione dello smart working/telelavoro ove compatibile con i servizi
- Pianificazione e accompagnamento del rientro dopo maternità/paternità: processo di onboarding

4. MEDICINA DI GENERE

Integrazione con il Piano di azione per la parità e con la medicina di genere

Obiettivo

Allineare le politiche interne alle disposizioni nazionali e provinciali in materia di medicina di genere, rafforzando competenze, indicatori e una cultura organizzativa sensibile alle differenze di genere.

Misure adottate

- Nomina del gruppo di lavoro e di esperti/e "Medicina di genere"
- Nomina del Referente aziendale per la medicina di genere

SVILUPPO DEI DIRIGENTI

Nel corso del 2025 l'Azienda Sanitaria ha ulteriormente consolidato e ampliato il concetto di sviluppo delle competenze dirigenziali avviato nel 2024. Dopo la definizione del modello di riferimento e l'implementazione delle prime misure, il 2025 ha rappresentato l'anno di piena operatività, con un rafforzamento sistematico delle attività rivolte ai dirigenti e ai futuri dirigenti.

Il concetto di Leadership Development adottato dall'Azienda è strutturato in quattro aree fondamentali:

- **Competenze di management e leadership**
- **Competenze sociali**
- **Competenze personali**
- **Competenze metodologiche**

Sulla base di queste aree, nel 2025 sono stati realizzati interventi mirati volti a creare un percorso di crescita professionale coerente, continuo e orientato alla qualità della leadership aziendale.

Parallelamente è stata istituita un'offerta **di coaching** disponibile per i dirigenti che necessitano di un supporto individuale nella gestione di situazioni complesse o nello sviluppo delle proprie capacità di leadership. Nell'anno 2026 partiranno i primi coaching.

Percorso di sviluppo dei futuri dirigenti

Nel 2024 l'Azienda Sanitaria ha avviato un percorso strutturato per identificare e sviluppare i futuri leader interni.

Nel maggio 2024 sono stati valutati 65 collaboratori provenienti dalle tre aree aziendali (Direzione tecnico-assistenziale, Direzione sanitaria e Direzione amministrativa). A seguito dell'assessment, 47 persone sono state ammesse al percorso formativo biennale, iniziato ufficialmente nel primo Workshop a fine anno 2024. Il 2025 ha rappresentato un anno centrale per la prosecuzione del programma.

Durante l'anno sono stati realizzati:

- quattro momenti formativi dedicati alle competenze chiave della leadership, al rafforzamento delle abilità comunicative, alla gestione dei team e alla consapevolezza del ruolo dirigenziale;
- incontri periodici con i mentor e diretti superiori, per offrire supporto individuale, orientamento e confronto sulle esperienze maturate nei rispettivi contesti lavorativi;
- sessioni di accompagnamento con i partecipanti, finalizzate a favorire l'apprendimento sul campo e l'applicazione pratica delle competenze acquisite.

Queste attività hanno permesso di consolidare quanto introdotto nel 2024 e di rafforzare la crescita progressiva dei partecipanti, secondo un modello che integra competenze manageriali, sociali, personali e metodologiche.

COLLOQUIO DI SVILUPPO DEL PERSONALE

Nel 2025 il concetto di colloquio di sviluppo del personale e l'analisi delle competenze, elaborati in passato nel 2024, sono stati ulteriormente affinati e preparati per la presentazione alla Direzione Aziendale.

Una priorità centrale dell'anno è stata la digitalizzazione e informatizzazione dello strumento, con l'obiettivo di renderlo più accessibile, strutturato e integrato nei processi di gestione del personale. Negli ultimi mesi del 2025 il modello è stato implementato per l'ambito Tecnico-Amministrativo.

Nel corso del 2026 il lavoro proseguirà, verificando l'efficacia dell'implementazione e valutando come estendere il modello a tutta l'azienda.

DIMISSIONI – COLLOQUI DI USCITA

Nel corso dell'anno 2025 l'Azienda Sanitaria ha confermato e consolidato l'approccio introdotto nel 2024 relativo ai colloqui di uscita rivolti al personale dimissionario.

Visto il riscontro estremamente positivo ottenuto dai colloqui telefonici personalizzati, anche per il 2025 questa modalità è stata mantenuta e ulteriormente strutturata.

Ogni dipendente che presenta le dimissioni viene contattato telefonicamente da un referente dedicato, con l'obiettivo di raccogliere informazioni utili alla comprensione delle dinamiche di uscita e dei fattori che influenzano la retention. Oltre ai dati generali del personale in dimissione — quali informazioni anagrafiche, anni di servizio, reparto di provenienza — vengono rilevati anche elementi qualitativi fondamentali:

- i motivi della decisione di lasciare l'Azienda;
- la percezione del clima organizzativo all'interno del team di appartenenza;
- la qualità del rapporto con il diretto superiore;
- l'eventuale confronto con il nuovo datore di lavoro;
- i suggerimenti che il collaboratore ritiene importanti per migliorare l'ambiente di lavoro.

Questa raccolta sistematica di feedback rappresenta un momento di ascolto prezioso, che permette di individuare con maggiore precisione i punti critici e le aree di miglioramento viste dalla prospettiva dei collaboratori.

I risultati dei colloqui di uscita vengono presentati con cadenza semestrale alla Direzione aziendale e costituiscono una base strategica per lo sviluppo di azioni mirate, programmi formativi specifici e misure finalizzate al miglioramento continuo della qualità del lavoro all'interno dell'Azienda Sanitaria, con l'obiettivo di rafforzare la retention e la soddisfazione del personale.

3.6.3 Prevenzione della violenza contro il personale

La procedura 2298/20 Rev. 06 "Segnalazione e gestione degli atti di violenza a danno di operatori sanitari" è stata rilasciata dopo Nulla Osta nel Consiglio Gestionale del 14/04/2025.

Allegati importanti sono: "Linee guida sul programma di prevenzione e sulle strategie di monitoraggio delle situazioni di violenza contro il personale sanitario" e "Checklist per la valutazione del rischio specifico di situazioni di violenza contro il personale sanitario".

In data 22/05 e 30/05 sono stati fatti due Webinar per presentare la procedura, e informare sul portale della segnalazione online.

Segnalazione degli atti di violenza nel CS

accedendo al modulo di segnalazione attraverso questo link ([Segnalazione evento aggressivo a danno di personale sanitario](#)) il personale coinvolto comunica al/alla diretta/diretto superiore l'evento aggressivo subito/avvenuto.

Il/la segnalante o il/la diretto/a superiore, compila il modulo di segnalazione in tutte le sue parti, i campi obbligatori sono contrassegnati da *. È utile riportare pedissequamente le parole impiegate, i gesti e le azioni così come tutte le circostanze dell'aggressione. Una dettagliata descrizione dell'evento aggressivo permette di analizzare e valutare l'evento ai fini delle successive azioni da intraprendere (procedibilità d'ufficio, segnalazione di un evento sentinella, ecc.).

Gli eventi che devono essere segnalati includono:

- atti di violenza a danno di operatore/operatrice da parte di pazienti/familiari/accompagnatori/accompagnatrici/utenti esterni (verbali, fisici, verbali e fisici con o senza danni al patrimonio).

In ogni Comprensorio sanitario ha iniziato ad essere operativo il gruppo di lavoro "Posto di lavoro sicuro": recepisce la segnalazione, verifica la sua completezza e provvede, se necessario, a raccogliere le informazioni mancanti contattando il/la diretto/diretta superiore.

Sono stati creati indirizzi e-mail dedicati, accessibili esclusivamente ai membri del gruppo di lavoro distrettuale di riferimento. Tramite questi indirizzi, il personale interessato ha la possibilità di rivolgersi direttamente a chi si occupa della propria segnalazione.

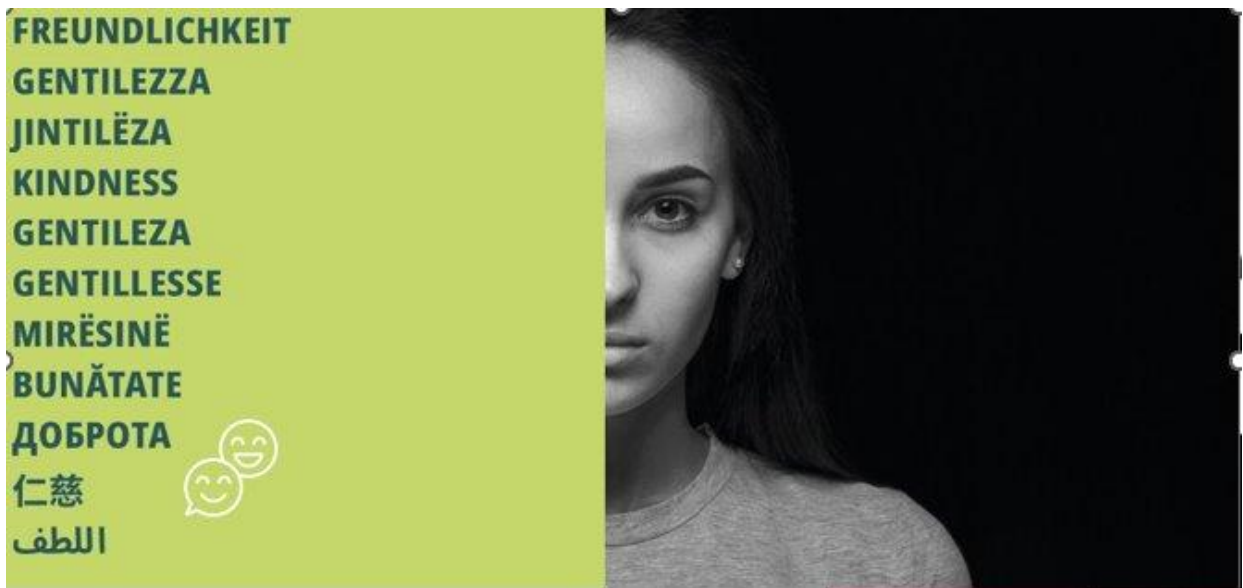
violenza-gewalt.bz@sabes.it

violenza-gewalt.me@sabes.it

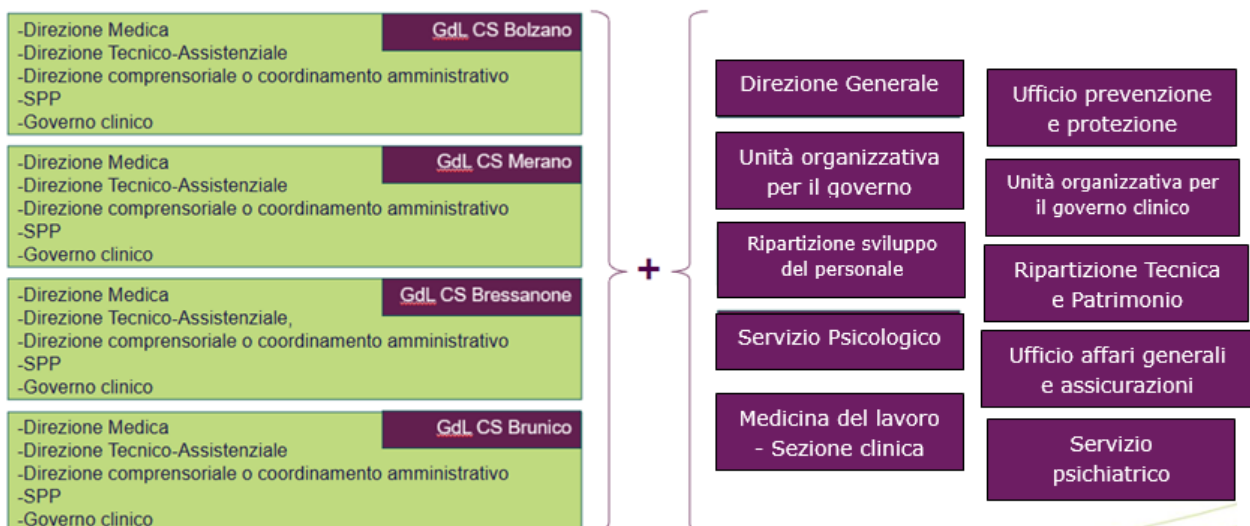
violenza-gewalt.bk@sabes.it

violenza-gewalt.bx@sabes.it

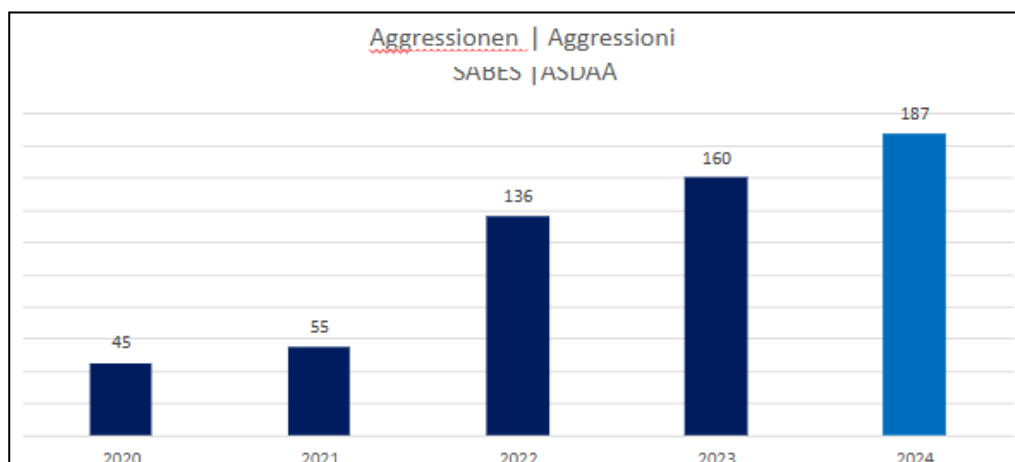
In punti strategici con un elevato rischio di aggressione è stato affisso del materiale informativo:



Il gruppo di lavoro aziendale, costituito nel 2025, è composto dai membri dei 4 gruppi di lavoro distrettuali, integrato da ulteriori figure importanti.



Uno dei compiti essenziali è la valutazione della progressione degli eventi.



3.7 Piano per razionalizzare l'utilizzo delle Dotazioni Strumentali (PRSD)

Nel 2025 il piano è stato attuato in conformità alle disposizioni normative, con particolare attenzione alla riduzione dei costi di gestione, all'aggiornamento delle tecnologie e al miglioramento dell'efficienza amministrativa e sanitaria. Le attività realizzate hanno previsto l'introduzione di nuove dotazioni hardware a supporto del sistema ospedaliero aziendale, l'aggiornamento delle postazioni di lavoro sia hardware sia software e la definizione di strategie di sostituzione graduale delle apparecchiature obsolete, a beneficio dell'automazione e della continuità operativa. In tal modo sono stati raggiunti gli obiettivi di efficienza, innovazione tecnologica e contenimento dei costi.

La migrazione al cloud rappresenta un'iniziativa strategica finalizzata al trasferimento graduale di determinati sistemi e servizi IT verso un'infrastruttura cloud. L'obiettivo è migliorare la sicurezza operativa, la scalabilità e la governance economica dei costi IT, creando al contempo le basi per un ambiente informatico moderno, resiliente e orientato al futuro. Questa attività non è un progetto IT isolata, bensì un processo di trasformazione graduale, strettamente coordinato con la Provincia Autonoma di Bolzano e SIAG (Informatica Alto Adige), in particolare nell'ambito del consolidamento nel data center unificato dell'Alto Adige.

3.8 Sostenibilità ambientale

Nel corso del 2025 l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha dato attuazione alle linee di intervento in materia di sostenibilità ambientale, in coerenza con quanto previsto dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025–2027, che individua tale ambito come componente trasversale del valore pubblico e dell'azione amministrativa.

Le attività svolte si sono concentrate in particolare sulla promozione di comportamenti organizzativi sostenibili, con specifico riferimento alla mobilità del personale, alla riduzione dell'impatto ambientale connesso agli spostamenti casa–lavoro e alla diffusione di pratiche coerenti con la tutela dell'ambiente e della salute collettiva.

Tra le principali iniziative realizzate nel 2025 assume rilievo l'introduzione e la diffusione dell'abbonamento aziendale al trasporto pubblico provinciale "altoadigemobilità Fix 365", messo a disposizione del personale dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige tramite un voucher del valore di 250 euro, utilizzabile per l'acquisto dell'abbonamento annuale elettronico.

L'iniziativa, rivolta al personale a tempo indeterminato e al personale a tempo determinato con contratto di durata almeno annuale, ha registrato un'elevata adesione nel corso dell'anno.

Alla data di rilevazione:

- risultano 8.664 voucher generati online dal personale aziendale;
- di questi, 8.093 voucher sono stati effettivamente riscattati;
- l'adesione ha interessato oltre due terzi della forza lavoro aziendale;

Tali dati evidenziano una partecipazione ampia e trasversale del personale all'iniziativa, confermando l'interesse verso modalità di spostamento alternative all'utilizzo del mezzo privato.

L'adesione all'abbonamento Fix 365 contribuisce al raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità ambientale previsti dal PIAO 2025–2027, in quanto favorisce:

- la riduzione delle emissioni legate al traffico veicolare privato;

- un uso più efficiente del sistema di mobilità pubblica provinciale;
- effetti indiretti positivi sulla salute delle persone e sulla qualità dell'aria;
- una maggiore integrazione con forme di mobilità attiva (ad esempio spostamenti a piedi o in bicicletta in combinazione con il trasporto pubblico).

L'iniziativa assume pertanto rilevanza non solo sotto il profilo ambientale, ma anche in termini di promozione di stili di vita sostenibili e di miglioramento del benessere complessivo del personale.

Le azioni realizzate nel 2025 in materia di sostenibilità ambientale sono state sviluppate in coerenza con il ciclo della performance aziendale, trovando riscontro nella programmazione del PIAO e nella rendicontazione annuale dei risultati.

La mobilità sostenibile del personale rappresenta un ambito nel quale è stato possibile conseguire risultati concreti e misurabili, costituendo una base di riferimento per il proseguimento e l'ulteriore sviluppo delle politiche ambientali previste nel triennio 2025-2027.

SEZIONE 4 - MONITORAGGIO

4.1 Misure di monitoraggio della performance

Come previsto dagli articoli 6 e 10, comma 1, lett. b) del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige verifica l'andamento delle performance rispetto agli obiettivi programmati per il periodo di riferimento e segnala la necessità e l'opportunità di interventi correttivi in corso di esercizio, anche in relazione al verificarsi di eventi imprevedibili, tali da alterare l'assetto dell'organizzazione e delle risorse a disposizione. Le variazioni, verificatesi durante l'esercizio, degli obiettivi e degli indicatori della performance organizzativa e individuale sono inserite nella Relazione sulla performance.

A tal fine, i referenti degli obiettivi definiti nel Programma operativo annuale (POA) condividono con tutte le unità operative coinvolte le azioni programmate ed i tempi di espletamento e verificano costantemente il livello di raggiungimento degli obiettivi, al fine di identificare tempestivamente eventuali interventi correttivi da attuare. Qualora nel corso dello svolgimento delle azioni programmate emerga l'impossibilità di raggiungimento dell'obiettivo pianificato, il referente competente è tenuto ad informarne tempestivamente la Direzione Aziendale indicando le motivazioni da tenere eventualmente in considerazione in sede di valutazione finale.

Entro il 30 giugno dell'anno successivo al periodo di riferimento, l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige approva la Relazione annuale sulla performance, che evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Per procedere alla misurazione ed alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati, i referenti dei singoli obiettivi predispongono una relazione sui risultati conseguiti e motivano eventuali scostamenti. Le stesse vengono raccolte e predisposte in una relazione conclusiva da sottoporre per analisi ed approvazione alla Direzione Aziendale.

4.2 Monitoraggio Internal Audit

Il Regolamento di Internal Audit (delibera nr. 150/2021) sancisce che il Direttore dell'Ufficio rendiconti sull'attività svolta tramite la "Relazione Annuale" inviata al Direttore Generale entro due mesi dalla scadenza annuale, essa contiene l'informazione sul grado di copertura delle verifiche ossia il numero di attività eseguite diviso quelle programmate.

Nel corso del 2025 sono state sottoposte a verifica le seguenti procedure/processi:

- determinazione del fondo rischi e oneri;
- procedure di acquisto sopra soglia comunitaria;
- calcolo del Trattamento di Fine Rapporto (TFR);
- gestione della tesoreria.

L'Ufficio Internal Auditing esegue ogni anno il processo di *follow-up*, ovvero il processo di monitoraggio, finalizzato alla verifica dell'effettiva implementazione dei Piani di Azione concordati con i soggetti auditati in sede di incontro di chiusura ("exit meeting") dell'audit. Tale processo serve, inoltre a valutare l'efficacia e la tempestività del Piano di azione nel rimuovere le anomalie riscontrate dall'Internal Auditing in sede di verifica.

4.3 Monitoraggio Organismo Indipendente di Valutazione – OIV

L'OIV monitora il funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni, anche accedendo alle risultanze dei sistemi di controllo strategico e di gestione presenti nell'amministrazione.¹

Nello specifico ambito della Performance, l'OIV svolge le seguenti funzioni:

- monitoraggio e valutazione: elabora una relazione annuale sullo stato del sistema e propone raccomandazioni per migliorarlo;
- validazione delle performance: valida la relazione sulla performance, assicurando che sia chiara e comprensibile per i cittadini e gli utenti finali;
- supporto metodologico: supporta l'amministrazione sul piano metodologico, verificando la correttezza dei processi di misurazione, monitoraggio, valutazione e rendicontazione della performance organizzativa e individuale.²

Per la sezione "Organizzazione e Capitale Umano" del PIAO il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'OIV.

Il monitoraggio della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" viene svolto secondo le indicazioni di ANAC: l'OIV verifica la coerenza tra le misure di prevenzione della corruzione e gli obiettivi di miglioramento della funzionalità dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige.³

4.4 Misure di monitoraggio dell'attuazione del PTPC e degli obblighi di trasparenza

Attuazione del PTPC

Il piano individua il seguente sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure di contrasto alla corruzione: in seguito alla mappatura dei processi decisionali delle aree a rischio ed al conseguente rilevamento dei rischi, si è proceduto all'elencazione delle misure di prevenzione già in uso e all'implementazione delle medesime (per indicatori, tempistica, responsabili e modalità di verifica dell'avvenuta implementazione). Controlli attraverso l'impiego di questionari sull'efficacia ed efficienza - vedi paragrafi precedenti. L'implementazione delle misure di prevenzione sottoposte a mappatura per l'anno 2025 è stata sottoposta a monitoraggio nel rispetto di quanto previsto e programmato dai referenti, alla luce altresì di eventuali modifiche organizzative e normative. Si rimanda nuovamente ai paragrafi precedenti. Come precedentemente annotato, l'RPCT provvede alla verifica ed alla compilazione del monitoraggio mediante l'utilizzo della piattaforma ANAC, non appena disponibile.

¹ dal DL 150, art. 6, agg. Madia

² <https://www.performance.gov.it/organismi-indipendenti-valutazione>

³ DPCM 30 giugno 2022, art. 5 c2

Attuazione degli obblighi di trasparenza

Il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza è svolto da soggetti interni all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige coordinati dalla RT (responsabile per la trasparenza), al fine di verificare la progressiva esecuzione delle attività programmate ed il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il monitoraggio ha, in generale, cadenza quadrimestrale e riguarda la verifica dell'attuazione del programma attraverso la scansione delle attività e l'indicazione degli scostamenti dal piano originario, nonché eventuali riprogrammazioni per il raggiungimento degli obiettivi.

Verifiche periodiche sugli accessi, con particolare riferimento agli accessi civici generalizzati e predisposizione e pubblicazione del registro degli accessi.

L'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige ha predisposto e pubblicato sul sito web aziendale un questionario per i visitatori della sezione, finalizzato all'acquisizione di elementi relativi all'effettivo utilizzo dei dati pubblicati, al grado di soddisfazione in merito alle informazioni incontrate ed al grado di chiarezza delle stesse. Tale feedback è utile all'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per eventuali ulteriori interventi in ottica migliorativa. Gli obblighi di trasparenza sono inseriti nel PIAO.

4.5 Monitoraggio Organizzazione e capitale umano

Per la sezione "Organizzazione e capitale umano" il monitoraggio della coerenza con gli obiettivi di performance è effettuato su base triennale dall'Organismo indipendente di valutazione della performance, di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 150 del 27 ottobre 2009.

4.6 Monitoraggio "Qualità"

4.6.1 Qualità percepita dai pazienti

La valutazione della qualità delle prestazioni da parte delle pazienti e dei pazienti è un importante indicatore di qualità previsto dalla legislazione nazionale vigente, nonché dalle relative leggi e regolamenti provinciali. In conformità a quanto previsto dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica – del 24/3/2004, le indagini sulla qualità percepita contribuiscono ad individuare nuove modalità di erogazione dei servizi, o a migliorare quelle esistenti; inoltre, la rilevazione dei bisogni delle cittadine e dei cittadini può facilitare lo sviluppo di offerte maggiormente orientate ai gruppi target e contribuire allo sviluppo di strategie di intervento e programmi di miglioramento. Inoltre, il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini rafforza il rapporto di fiducia nei servizi dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. Sin dall'anno 2008 è stato redatto un protocollo con il Centro Tutela Consumatori Utenti, che prevede lo svolgimento di sondaggi periodici sulla soddisfazione all'interno dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha pertanto condotto regolarmente rilevazioni sulla soddisfazione, per mezzo di indagini che si sono svolte alternativamente nelle aree di degenza e ambulatoriale, nonché nel Pronto soccorso ed in altri Servizi aziendali.

Nel 2025 è stato realizzato un sondaggio di gradimento sulle prestazioni ambulatoriali erogate nei 7 Ospedali aziendali. L'indagine ha riguardato tutte le specialità, ad esclusione delle prestazioni di laboratorio e della radiologia. La rilevazione è stata effettuata mettendo il focus sui temi della prenotazione delle prestazioni ambulatoriali, sulla qualità del servizio erogato presso gli sportelli cassa e accettazione, sulla qualità percepita dell'assistenza medica e tecnico assistenziale, sulla riservatezza e la cortesia del personale, dando la possibilità di indicare la branca specialistica presso la quale è avvenuta la prestazione.

Gli obiettivi principali della rilevazione sono il monitoraggio della qualità percepita dei servizi ambulatoriali, l'individuazione di eventuali criticità e punti di forza, il supporto alla programmazione di interventi di miglioramento ed il rafforzamento del rapporto di fiducia tra cittadinanza e sistema sanitario.

I questionari sono stati somministrati in maniera telematica mediante la messa a disposizione di un QR code e sono stati predisposti anche moduli cartacei a scelta delle pazienti e dei pazienti. Il sondaggio si è svolto per quattro settimane a cavallo tra i mesi di novembre e dicembre 2025 ed è stato calcolato il seguente afflusso di utenti: Bolzano 62.500, Bressanone 25.700, Brunico 31.500, Merano 32.000, San Candido 6.000, Silandro 6.600 e Vipiteno 7.300. I risultati del sondaggio verranno analizzati entro la prima metà dell'anno 2026 e saranno oggetto di una presentazione alla Direzione strategica.

Nel 2025 è stata condotta presso il Laboratorio di Merano un'indagine rivolta ai medici di medicina generale. Questi ultimi si sono dichiarati soddisfatti dei servizi erogati. Per il 2026 è prevista una corrispondente indagine interna. Inoltre, presso l'Ospedale di Bressanone e di Vipiteno è stata effettuata una rilevazione tra i pazienti ricoverati. I risultati sono stati molto soddisfacenti.

Per gli anni 2026 e 2027 si verificherà la fattibilità di un sistema di rilevazione automatica e continuativa della soddisfazione dei pazienti mediante l'utilizzo di strumenti informatici moderni, che saranno utilizzabili per 365 giorni l'anno accedendo ad una sezione della homepage aziendale.

4.6.2 Qualità percepita dai collaboratori

Valutazione dello stress lavoro correlato

I risultati della valutazione Stress lavoro correlato sono stati pubblicati nella Rivista ONE 3-25:

Indagine stress lavoro-correlato

Quasi 2.800 dipendenti dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige hanno partecipato alla nuova rilevazione sullo stress lavoro-correlato. I risultati parlano di una situazione complessivamente positiva.

Lo stress lavoro-correlato è una condizione che si manifesta quando le richieste dell'ambiente lavorativo superano le capacità e le risorse del lavoratore. Si verifica quando le persone percepiscono uno squilibrio tra le aspettative a loro rivolte e i mezzi di cui dispongono per soddisfarle.

Tra i principali fattori che possono determinare questa condizione troviamo: carichi eccessivi, scarsa autonomia, conflitti interpersonali, incertezza sul ruolo e turni di lavoro gravosi.

Per questo motivo, la normativa vigente (D.Lgs. 81/2008) impone alle aziende l'obbligo di valutare e gestire il rischio stress lavoro-correlato, adottando strategie di prevenzione, supporto e promozione del benessere organizzativo.

L'Azienda sanitaria dell'Alto Adige ha avviato una nuova indagine sullo stress lavoro-correlato, coinvolgendo il personale mediante la compilazione di un questionario online.

La rilevazione ha considerato due principali aree:

- Ambito contenuto del lavoro: ambiente e attrezzature, disegno del compito lavorativo, carico-ritmo di lavoro, orario.
- Ambito contesto lavorativo: organizzazione, rapporti interpersonali, ruolo, sviluppo e carriera, autonomia decisionale, responsabilità sociale d'impresa.

Partecipazione:

- Totale invitati: 6416
- Partecipanti: 2797 (44%)

- Distribuzione: 60% personale amministrativo, 47% personale tecnico-assistenziale, 34% personale sanitario.

Risultati complessivi:

Il livello sintetico di rischio, calcolato sulla media delle risposte, si è attestato su 34 punti, corrispondenti a un livello medio-basso (26-50%).

Ciò significa che, nel complesso, la situazione risulta soddisfacente e non emergono condizioni di rischio particolarmente rilevanti. Tuttavia, sono stati evidenziati sia punti di forza sia aspetti che necessitano di miglioramento.

Punti di forza:

Gli ambiti più apprezzati dal personale riguardano:

- Disegno del compito: chiarezza delle attività e delle procedure da seguire.
- Autonomia: capacità di gestire e risolvere problemi in maniera indipendente.
- Ruolo: conoscenza delle proprie responsabilità e di quelle dei colleghi.
- Rapporti interpersonali: qualità del lavoro di squadra e assenza di discriminazioni.
- Organizzazione: chiarezza degli obiettivi di reparto/ufficio.
- Carriera e sviluppo: percezione di solidità aziendale e sicurezza del posto di lavoro.

Aspetti critici:

Tra gli elementi meno apprezzati dai dipendenti sono emersi:

- Organico: percezione di insufficienza del personale.
- Tempo: difficoltà a disporre di tempi adeguati a completare le attività.
- Scarico emotivo: limitata possibilità di gestire lo stress derivante da situazioni delicate.
- Straordinari: frequente necessità di lavorare oltre l'orario previsto.
- Turnistica: problematiche legate ai turni e alla reperibilità notturna.
- Remunerazione: percezione di stipendio non adeguato rispetto all'attività svolta.
- Meritocrazia: mancanza di chiarezza nei criteri di premialità.
- Welfare aziendale: offerta limitata di servizi di supporto alla vita personale.

Azioni di miglioramento:

Sulla base dei risultati, l'Azienda sanitaria ha individuato 10 azioni di miglioramento, di cui quattro elencate:

1. Governo dei tempi di attesa
2. Ottimizzare le liste di attesa per migliorare sia il servizio agli utenti sia la pianificazione interna.
3. Collegamento in rete dei 7 ospedali aziendali e istituzione di centri di riferimento
Migliorare la gestione dei flussi tra assistenza ospedaliera e territoriale, con una distribuzione più equilibrata dei carichi di lavoro.
4. Consolidamento dello Smart Working
Favorire un'organizzazione più flessibile, capace di conciliare vita professionale e personale.

In sintesi, l'indagine 2024-2025 ha confermato una situazione complessivamente positiva, con un livello di rischio stress lavoro-correlato medio-basso. Tuttavia, non mancano aree di attenzione che richiedono interventi mirati, in particolare per la gestione del tempo, l'equilibrio dei carichi e il benessere complessivo del personale.

ALLEGATI

Allegato 1 – „Relazione al Programma operativo annuale – Bericht zum Jahrestätigkeitsprogramm 2025“

Nr.	Fon te Que lle	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuverhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
1		BSC	A.1 A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	Rafforzamento dell'assistenza territoriale Rafforzamento dell'assistenza territoriale ai sensi degli obiettivi PNRR. Stärkung der wohnortnahen Versorgung. Stärkung der wohnortnahen Versorgung gemäß den Zielen des Nationaler Aufbau- und Resilienzplans (PNRR)	TESTO BSC: 1. Sono attivate entro il 2025 le Case di Comunità secondo la pianificazione nell'ambito PNRR (San Candido, Chiusa, Naturno, Bressanone) 2. È approvato il Piano Aziendale delle Attività Territoriali (PAT) 2026-2028, che raccoglie i rispettivi piani comprensoriali 3. È raggiunto il target del 10% per l'assistenza domiciliare integrata, definito nell'ambito PNRR 4. Sono organizzate e attivate le unità di valutazione multidimensionale (UVM) in tutti i comprensori 1. Gemeinschaftshäuser werden bis 2025 entsprechend der Planung im Rahmen des PNRRs in Betrieb genommen (Innichen, Klausen, Naturns, Brixen) 2. Der betriebliche Aktionsplan der wohnortnahen Versorgung (PAT) 2026-2028, der die jeweiligen Bezirkpläne zusammenfasst, wird genehmigt 3. Das im PNRR festgelegte 10%-Ziel für die integrierte häusliche Betreuung wird erreicht 4. Multidimensionale Bewertungseinheiten ("UVM") sind in allen Bezirken organisiert und einsatzbereit		1. In seguito all'accordo del 3.9.25, tra il Direttore Generale e il referente unico di parte dell'Amministrazione provinciale, di spostare la tempistica per la conclusione dei lavori e implementazione delle case della comunità, con delibera del Direttore Generale 1079/2025, sono state prorogate le scadenze previste inizialmente. 2. I quattro Comprensori sanitari hanno presentato i rispettivi piani delle attività territoriali. L'elaborazione del PAT aziendale per il triennio 2025-2027, è stato deliberato con Delibera Nr 2025-1079 del 04/11/2025. 3. Il sito NSIS ha elaborato il flusso il 13.03.2026 e, dal report "Assistiti over 65 trattati in SIAD in rapporto alla popolazione anziana (per 100) – Anno 2025", risultano 12.026 assistiti presi in carico. Il target previsto per il 2025 era pari a 11.412 assistiti. 4. Nella fase pilota e nell'estensione della UVM nel corso del 2025 si è partiti con il distretto Alta Val Venosta e con il distretto Bolzano – Centro Rencio Piani. Ad eccezione di Bolzano, la collaborazione con i medici di medicina generale è stata difficile. In Media Val Venosta, i MMG inizialmente si sono rifiutati di partecipare alla UVM e successivamente di compilare e firmare il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI). Le difficoltà esistenti sono state più volte discusse con i responsabili dell'Amministrazione provinciale e nel Comitato provinciale con i sindacati del MMG. La mancata collaborazione dei MMG ha causato enormi ritardi nell'estensione della UVM. Nel 2025 sono partiti anche i distretti di Lana e quello di Brunico. Anche in questi si sono verificate difficoltà nella collaborazione con i MMG. Il distretto di Bressanone è partito solo a gennaio 2026, poiché non è stato possibile nominare un MMG per il relativo gruppo di lavoro. I motivi del ritardo non sono imputabili all'Azienda Sanitaria. 1. Nach der Abstimmung vom 03.09.2025 zwischen dem Generaldirektor und dem einzigen Ansprechpartner der Landesverwaltung (Referente Unico di Parte) zur Verschiebung der Fristen für die Fertigstellung bzw. Inbetriebnahme der Gemeinschaftshäuser wurden mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 1079/2025 die ursprünglich vorgesehenen Termine verlängert. 2. Die vier Gesundheitsbezirke haben ihre jeweiligen Pläne der territorialen Aktivitäten vorgelegt. Die Ausarbeitung des betrieblichen PAT für den Dreijahresplan 2025–2027 wurde mit Beschluss Nr. 2025–1079 vom 04.11.2025 genehmigt. 3. Die NSIS-Website hat den Datenfluss am 13.03.2026 verarbeitet und laut dem Bericht, "In Hauskrankenpflege Betreute über 65 im Verhältnis zur älteren Bevölkerung (pro 100)" wurden 12.026 betreute Personen erfasst. Der für 2025 vorgesehene Zielwert lag bei 11.412 betreuten Personen 4. In der Pilotierung und der Ausweitung der UVM im Laufe des Jahre 2025 wurde mit dem Sprengel Mittelvinschgau und Bozner Boden Zentrum Rentsch gestartet. Bis auf Bozen war die Zusammenarbeit mit den Ärzten für Allgemeinmedizin schwierig. Im Vinschgau weigerten sich die ÄAM anfänglich an der UVM teilzunehmen und dann das Individualisierte Betreuungsprojekt (PAI) auszufüllen und zu unterschreiben. Die bestehenden Schwierigkeiten wurden des Öfteren mit den Verantwortlichen der Landesverwaltung besprochen und im Landeskomitee mit den Gewerkschaften der ÄAM besprochen. Die fehlende Mitarbeit der ÄAM führte zu enormen Verzögerungen in der Ausweitung der UVM. Entsprechend sind 2025 noch der Sprengel Lana und der Sprengel Bruneck gestartet. Auch in diesen Sprengel gab es anfängliche Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den ÄAM. Der Sprengel Brixen startete erst mit Jänner 2026, da es nicht möglich war einen AAM für die entsprechende Arbeitsgruppe zu ernennen. Die Gründe in der Verzögerung sind nicht dem Sanitätsbetrieb zuzuschreiben.
2		BSC	A.2 A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	DIP/FVCO Rafforzamento dell'assistenza per la salute mentale Rafforzamento dell'assistenza psichiatrica in età evolutiva. Stärkung der psychischen Gesundheitsversorgung. Stärkung der psychiatrischen Versorgung im Kindesalter.	TESTO BSC: 1. Il servizio aziendale di psichiatria dell'età evolutiva è rafforzato, sia attraverso modifiche organizzative, sia mediante l'incremento della dotazione organica. 2. È creato un mini reparto di degenza-DH per bambini <= 12 anni con problemi comportamentali gravi e disturbo dello spettro autistico. 1. Der psychiatrische Dienst für das Entwicklungsalter wird gestärkt, sowohl durch organisatorische Veränderungen als auch durch eine Aufstockung des Personals 2. Es wird eine Mini-DH (Day Hospital) -Station für Kinder <= 12 Jahre mit schweren Verhaltensstörungen und Autismus-Spektrum-Störungen eingerichtet	TESTO BSC RINEGOZIATO: 1. Il servizio aziendale di psichiatria dell'età evolutiva è rafforzato, sia attraverso modifiche organizzative, sia mediante l'incremento della dotazione organica. 2. Sono realizzati i lavori preparatori per l'avvio di una comunità ad alta intensità terapeutico-riabilitativa rivolta ai minori dagli 8 anni fino ai 18 anni (eventualmente prolungabili fino ai 21 anni) con disturbi neuropsichiatrici dell'età evolutiva e a persone dagli 8 anni fino ai 21 anni con disturbi dello spettro autistico. 1. Der psychiatrische Dienst für das Entwicklungsalter wird gestärkt, sowohl durch organisatorische Veränderungen als auch durch eine Aufstockung des Personals 2. Die Vorbereitungsarbeiten für die Errichtung einer Geschützten Gemeinschaft mit hoher therapeutisch-rehabilitativer Intensität für Minderjährige im Alter von 8 bis 18 Jahren (gegebenenfalls verlängerbar bis zum 21. Lebensjahr) mit neuropsychiatrischen Entwicklungsstörungen sowie für Personen im Alter von 8 bis 21 Jahren mit Störungen im Autismus-Spektrum sind durchgeführt worden.	1) Dotazione strutturale. Sede ambulatoriale di Bz: trasferimento in via Duca d'Aosta effettuato a luglio. Devono ancora essere assegnate 5 stanze e sistemata la porta di ingresso. Sede ambulatoriale di Bressanone: in attesa di fare lavori per ricavare l'ambulatorio infermieristico. DOTAZIONE ORGANICA: Assegnati infermieri per Bressanone e Brunico (non ancora inseriti in turno) In attesa di un secondo turnista per reparto. In attesa di 1,5 medico (per area autismo e DCA) come concordato con la direzione 2) Ancora in corso incontri con assessorato e direzione aziendale per la realizzazione di struttura per post acuti in regime convenzionato (8-21 aa) 1) Strutturale Ausstattung Ambulanz in Bozen: Umzug in die Duca d'Aosta-Strasse im Juli. Die Zuweisung von 5 Räumen und die Instandsetzung der Eingangstür steht noch aus. Die Ambulanz in Brixen benötigt noch die Durchführung von Arbeiten zur Einrichtung einer Krankenstation PERSONALAUSSTATTUNG: Krankenpfleger für Brixen und Bruneck zugewiesen (noch nicht in den Dienstplan aufgenommen) Eine zweite Pflegekraft im Schichtdienst pro Abteilung muss noch zugewiesen werden. 1,5 Ärzte (für Autismus und Essstörungen) müssen noch zugewiesen werden, sind bereits mit der Direktion vereinbart. 2) Es finden weiterhin Treffen mit dem Stadtrat und der Betriebsdirektion statt, um eine Einrichtung für die Nachsorge im Rahmen einer Vereinbarung (8-21 Jahre) zu schaffen.
3		BSC	A.3 A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	Riorganizzazione della rete delle cure odontoiatriche. Definizione del riordino della rete delle cure odontoiatriche. Neugestaltung des zahnärztlichen Versorgungsnetzes. Festlegung der Neugestaltung des zahnärztlichen Versorgungsnetzes.	TESTO BSC: 1. È approvato il riordino organizzativo della rete delle cure odontoiatriche 2. È definita l'attività delle cure nei distretti e l'interazione con l'ospedale (chi fa cosa e dove e con quali procedure di interscambio e invio pazienti) 3. È organizzata l'assistenza diretta delle cure protesiche ed ortodontiche per malati fragili (sanitari e sociali) 4. Sono definite e implementate le attività di prevenzione in età evolutiva, nei soggetti fragili e negli anziani 1. Die organisatorische Neugestaltung des zahnärztlichen Versorgungsnetzes wird genehmigt 2. Die Pflgetätigkeit in den Bezirken und die Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus wird festgelegt (wer macht was und wo und mit welchen Verfahren des Austauschs und der Überweisung von Patienten) 3. Die direkte Betreuung der prothetischen und kieferorthopädischen Betreuung von gebrechlichen Patienten (gesundheitlich und sozial) wird organisiert 4. Es werden Präventionsmaßnahmen im Kindesalter, bei gebrechlichen und bei älteren Menschen festgelegt und umgesetzt	TESTO BSC RINEGOZIATO: Entro il 31.12.2025 sono definite e implementate le attività di prevenzione in età evolutiva, nei soggetti fragili e negli anziani. Bis zum 31.12.2025 werden Präventionsmaßnahmen im Kindesalter, bei gebrechlichen und bei älteren Menschen festgelegt und umgesetzt.	Per quanto di competenza è stato definito il progetto di riqualificazione del servizio odontoiatrico per l'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige con l'inserimento dell'Igienista Dentale. Il progetto prevede un'analisi della situazione di partenza, definizione delle finalità del progetto, definizione delle aree coinvolte e degli interventi previsti, la dotazione organica necessaria, la struttura organizzativa, tecnologica e logistica e il piano di attuazione E' stata definita la struttura organizzativa del Servizio di Igiene Aziendale, il relativo grading per il coordinamento e siamo in attesa della definizione dell'organico dedicato al neonato servizio. Attualmente a livello provinciale le attività assistenziali territoriali sono prevalentemente coperte con il coinvolgimento del corso di laurea del polo universitario delle Professioni Sanitarie "Claudiana" riguardo le attività di prevenzione odontoiatrica primaria nelle scuole per l'infanzia, scuole primarie e, a livello comprensoriale (Bolzano), sono seguiti gli utenti nel centro di riabilitazione psichiatrica di via Fago, centro diurno disabili ASSB e nelle case di riposo. Inoltre abbiamo sul territorio (comprensorio di Bolzano) attività assistenziali nei consultori dei punti nascita dove un Igienista Dentale collabora con il gruppo delle Ostetriche nei consultori riguardo la sensibilizzazione alla prevenzione odontoiatrica nel nascituro. Nelle attività ospedaliere è da riportare quanto viene svolto dall'attuale organico (Igienista Dentale) e dagli studenti dove sono operativi sui protocolli di igiene orale nei pazienti ospedalizzati quali ematologici, oncologici adulti/pediatrici, geriatrici, diabetici e su pazienti rientranti nel progetto DAMA. Sono state prodotte le seguenti brochure: - Regala un sorriso al tuo bambino 0-6 (per il progetto nascituri e asili) - Regala un sorriso al tuo bambino 6-14 (per il progetto scuole) - Manuale d'igiene orale per utenti autistici e sindrome di down (guida per il personale curante/famiglie – progetto DAMA) - Paradontite , la sesta complicanza del diabete (prevenzione e gestione del paziente diabetico) - Importanza dell'igiene orale nel paziente trattato con bifosfonati
							Soweit in meinem Zuständigkeitsbereich wurde das Projekt zur Aufwertung des zahnärztlichen Dienstes für den Südtiroler Sanitätsbetrieb mit der Einführung der Berufsgestalt des Dentalhygienikers/der Dentalhygienikerin ausgearbeitet. Das Projekt sieht eine Analyse der Ausgangssituation, die Festlegung der Projektziele, die Definition der beteiligten Bereiche und der vorgesehenen Maßnahmen, den notwendigen Stellenplan, die organisatorische, technologische und logistische Struktur sowie den Umsetzungsplan vor. Die organisatorische Struktur des Dienstes für Betriebshygiene sowie die entsprechende Einstufung für die Koordination wurden festgelegt. Wir warten derzeit auf die Definition des für den neu gegründeten Dienst vorgesehenen Personals. Derzeit werden die territorialen Betreuungstätigkeiten auf Provinzebene vorwiegend durch die Einbindung des Studiengangs des universitären Ausbildungspols für Gesundheitsberufe „Claudiana“ abgedeckt, insbesondere im Bereich der primären zahnmedizinischen Prävention in den Kindergärten und Grundschulen. Auf Bezirksebene (Bozen) werden zudem die Nutzer*innen im psychiatrischen Rehabilitationszentrum in der Fagostrasse, im Tagesszentrum für Menschen mit Behinderung der ASSB und in den Seniorenwohnheimen betreut. Im Einzugsgebiet Bozen gibt es außerdem Betreuungstätigkeiten in den Beratungsstellen der Geburtsstationen, wo ein/e Dentalhygieniker/in mit den Hebammen in den Beratungsstellen zur Sensibilisierung hinsichtlich der zahnmedizinischen Prävention beim Neugeborenen zusammenarbeitet. Im Krankenhausbereich sind die Tätigkeiten zu erwähnen, die vom derzeitigen Personal (Dentalhygieniker/in) und von den Studierenden gemäß den Einsatzprotokollen zur oralen Hygiene bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten durchgeführt werden, wie etwa Hämatologiepatienten, onkologische Patienten (Erwachsene/Kinder), geriatrische Patienten, Diabetiker sowie Patient*innen im Rahmen des DAMA-Projekts. Es wurden folgende Informationsbroschüren erstellt: Schenk deinem Kind ein Lächeln 0–6 Jahre (für das Projekt Neugeborene und Kindergärten) Schenk deinem Kind ein Lächeln 6–14 Jahre (für das Schulprojekt) Handbuch zur Mundhygiene für Menschen mit Autismus und Down-Syndrom (Leitfaden für Betreuungspersonal/Familien – DAMA-Projekt) Parodontitis – die sechste Komplikation des Diabetes (Prävention und Management diabetischer Patienten) Die Bedeutung der Mundhygiene bei Patienten, die mit Bisphosphonaten behandelt werden

	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuverhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
4	BSC	A.4	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	DIP/FVCO Riorganizzazione del dipartimento aziendale di prevenzione. Riorganizzazione del Dipartimento di prevenzione da funzionale a strutturale e avvio della sua implementazione. Neugestaltung des Departements für Gesundheitsvorsorge. Neugestaltung von einem funktionalen zu einem strukturellen Departement für Gesundheitsvorsorge und dessen Umsetzung.	TESTO BSC: Entro giugno 2025 è formalizzato il dipartimento di prevenzione strutturale, dopo aver approvato tutti gli atti amministrativi di istituzione e di attuazione del medesimo. È avviata l'implementazione entro il 31/12/2025. Das strukturelle Departement für Gesundheitsvorsorge wird bis Juni 2025 formalisiert, nachdem alle Verwaltungsakte für seine Einrichtung und Umsetzung genehmigt worden sind. Innerhalb 31.12.2025 wird mit der Umsetzung begonnen.	TESTO BSC RINEGOZIATO: Entro il 31.12.2025 è formalizzato il dipartimento di prevenzione strutturale, con l'approvazione di tutti gli atti amministrativi di istituzione e di attuazione del medesimo. Bis zum 31.12.2025 wird das strukturelle Departement für Gesundheitsvorsorge formalisiert, mit Genehmigung aller erforderlichen Verwaltungsakte zur Gründung und Umsetzung.	Nel corso del 2025, nell'ambito della riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione da modello funzionale a strutturale, sono state realizzate le seguenti attività: a) La proposta di atto aziendale specifico per il Dipartimento di Prevenzione e i relativi Servizi, contenente la definizione della struttura, dei compiti e dell'organizzazione, è stata elaborata e caricata su SharePoint nella sezione dedicata all'Atto aziendale in data 28/05/2025, rispettando la scadenza fissata al 30/06/2025. b) La proposta relativa ai membri del Comitato di Dipartimento di Prevenzione, da nominare tramite apposita delibera aziendale, è stata predisposta e trasmessa al Direttore Generale dott. Kofler con lettera prot. 69698 del 28/05/2025, anch'essa entro il termine previsto del 30/06/2025. c) Nel corso dell'anno sono state organizzate cinque riunioni propedeutiche alla stesura dei documenti di cui ai punti a) e b), garantendo un confronto costante e approfondito tra la Direzione del Dipartimento di Prevenzione e tutti i Servizi afferenti. Im Laufe des Jahres 2025 wurden im Rahmen der Umstrukturierung des Departments für Prävention von einem funktionalen zu einem strukturellen Modell die folgenden Aktivitäten durchgeführt: a) Der spezifische Vorschlag für das Unternehmensstatut des Departments für Prävention und der zugehörigen Dienste, der die Definition der Struktur, der Aufgaben und der Organisation enthält, wurde ausgearbeitet und am 28.05.2025 im SharePoint-Bereich „Unternehmensstatut“ hochgeladen, unter Einhaltung der Frist bis zum 30.06.2025. b) Der Vorschlag bezüglich der Mitglieder des Ausschusses des Departments für Prävention, die durch einen entsprechenden Betriebsbeschluss zu ernennen sind, wurde vorbereitet und mit Schreiben Nr. 69698 vom 28.05.2025 an den Generaldirektor Dr. Kofler übermittelt, ebenfalls innerhalb der vorgesehenen Frist bis zum 30.06.2025. c) Im Laufe des Jahres wurden fünf vorbereitende Sitzungen zur Ausarbeitung der in den Punkten a) und b) genannten Dokumente organisiert, um einen kontinuierlichen und vertieften Austausch zwischen der Leitung des Departments für Prävention und allen zugehörigen Diensten zu gewährleisten.
5	BSC	B.1	B) Contenimento delle liste d'attesa, qualità, appropriatezza ed esiti per i cittadini. Governo del rischio clinico. B) Eindämmung der Wartelisten, Qualität, Angemessenheit und Ergebnisse für die Bürger. Klinisches Risikomanagement	Monitoraggio e contenimento delle liste d'attesa. Attuazione degli obiettivi previsti dal Piano provinciale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 e suoi aggiornamenti. Überwachung und Eindämmung der Wartelisten. Umsetzung der im Landesplan zur Verwaltung der Wartelisten 2019-2021 festgelegten Ziele und deren Aktualisierungen.	TESTO BSC: 1. È predisposto un catalogo degli interventi chirurgici che individui tra l'altro la complessità degli interventi stessi (ricoveri) entro giugno 2025. 2. Sono definiti gli interventi chirurgici rispetto ai quali vanno ridotti i tempi di attesa entro giugno 2025. Per questi sono ridotti i tempi di attesa nel rispetto del piano entro il 31.12.2025. 3. Sono ridotti del 15% i tempi di attesa delle prestazioni (prime visite ed esami strumentali) con priorità B 4. Sono ridotti del 15% i tempi di attesa delle prestazioni (prime visite ed esami strumentali) con priorità D 5. I canali di prenotazione sono potenziati, anche attraverso l'utilizzo dell'intelligenza artificiale 6. Le prenotazioni online tramite Sanibook sono aumentate del 20%. 1. Innerhalb Juni 2025 wird ein Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe erstellt, in dem unter anderem Komplexität und Priorität derselben Eingriffe (Krankenhausaufenthalte) angegeben wird 2. Innerhalb Juni 2025 werden die chirurgischen Eingriffe definiert, bei denen die Wartezeiten verringert werden müssen. Die Wartezeiten dieser Eingriffe werden, wie im Plan vorgesehen, innerhalb 31.12.2025 reduziert 3. Die Wartezeiten für Leistungen (Erstbesuche und instrumentelle Untersuchungen) mit Priorität B werden um 15 % verkürzt 4. Die Wartezeiten für Leistungen (Erstbesuche und instrumentelle Untersuchungen) mit Priorität D werden um 15 % verkürzt 5. Die Vormerkungskanäle werden verstärkt, auch durch den Einsatz von künstlicher Intelligenz 6. Online-Vormerkungen über Sanibook werden um 20% erhöht.	TESTO BSC RINEGOZIATO: 1. È formalizzato il catalogo degli interventi chirurgici, che individui tra l'altro la complessità e la priorità degli interventi stessi (ricoveri), entro settembre 2025 2. Sono definiti gli interventi chirurgici rispetto ai quali vanno ridotti i tempi di attesa entro giugno 2025. Per questi sono ridotti i tempi di attesa nel rispetto del piano entro il 31.12.2025. 3. Sono ridotti del 15% i tempi di attesa delle prestazioni (prime visite ed esami strumentali) con priorità B. Si specifica la modalità di calcolo: La riduzione del 15% del tempo di attesa si riferisce allo sforamento medio rilevato sulle prestazioni (prime visite ed esami strumentali soggetti a monitoraggio nazionale) al 01.01.2025. Il calcolo può essere questo: limite di erogazione delle prestazioni è 10 gg, tempo medio di erogazione delle prestazioni priorità B risulta es.20 gg al 01.01.2025. Riduzione del 15% calcolato su 20 gg significa che lo sforamento medio al 31.12.2025 delle prestazioni con priorità B deve risultare inferiore ai 17 gg. 4. Sono ridotti del 15% i tempi di attesa delle prestazioni (prime visite ed esami strumentali) con priorità D. Si specifica la modalità di calcolo: La riduzione del 15% del tempo di attesa si riferisce allo sforamento medio rilevato sulle prestazioni (prime visite ed esami strumentali soggetti a monitoraggio nazionale) al 01.01.2025. Il calcolo può essere questo: limite di erogazione delle prime visite è 30 gg, tempo medio di erogazione delle prestazioni priorità D risulta es. 50 gg al 01.01.2025. Riduzione del 15% calcolato su 50 gg significa che lo sforamento medio al 31.12.2025 delle visite deve risultare inferiore a 42 gg; limite di erogazione degli esami strumentali è 60 gg, tempo medio di erogazione delle prestazioni priorità D risulta es. 120 gg al 01.01.2025. Riduzione del 15% calcolato su 120 gg significa che lo sforamento medio al 31.12.2025 degli esami strumentali deve risultare inferiore ai 102 gg. 5. L'indicatore 5 è eliminato 6. Le prenotazioni online tramite Sanibook sono aumentate del 20%.	1. Il catalogo è stato messo a disposizione delle singole direzioni di presidio e costituisce la base per la definizione dei cataloghi di interventi erogabili da parte dei singoli presidi. 2. È stato effettuato il monitoraggio delle liste di attesa per intervento chirurgico e, laddove possibile in considerazione delle liste di attesa rilevate, adottati i provvedimenti organizzativi necessari al contenimento dei tempi di attesa/riduzione delle liste di attesa, anche avvalendosi degli strumenti contrattuali previsti quali le prestazioni aggiuntive del personale. Per Bolzano il dato relativo alla consistenza delle liste di attesa chirurgiche può considerarsi affidabile, al netto della mancata gestione e manutenzione delle liste di attesa. Per CS Merano la lista di attesa chirurgica, che viene alimentata solamente per gli interventi che trovavano una data a breve-medio termine, è da considerarsi solo parzialmente attendibile. Per i CS di Bressanone e Brunico, nel corso del secondo semestre 2025, la possibilità di verificare il grado di raggiungimento dell'obiettivo è stata influenzata dal processo di migrazione verso un nuovo applicativo informatico (Digistat). Dai dati estratti dall'applicativo Ikis, relativi al 1. Semestre 2025, non risultavano in entrambi i CS, per singola classe di priorità, interventi che sfioravano i tempi massimi previsti per singola classe di priorità. In generale, il raggiungimento dell'obiettivo e soprattutto la sua valutazione sono stati influenzati dalla mancanza di linee guida di riferimento validate a livello aziendale, relative al corretto processo di programmazione dell'attività chirurgica. La definizione di linee guida a valenza aziendale sarà obbiettiva per l'anno 2026. 3. Considerando a livello aggregato tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale, il tempo medio di attesa sulla prima disponibilità aziendale per le prestazioni con classe di priorità "B-Prioritaria" si è ridotto da 13 giorni nel 2024 a 9 giorni nel 2025, per una riduzione pari al 30%. Nello specifico: a) Per le prime visite, considerate nel loro complesso, il tempo medio di attesa sulla prima disponibilità aziendale tra il 2023 e il 2024 è rimasto stabile a 7 giorni (quindi al di sotto della soglia di garanzia di 10 giorni prevista da normativa). Per due diverse prime visite si è tuttavia registrato un incremento del tempo medio di attesa sulla prima disponibilità aziendale, in particolare per la prima visita cardiologica si è passati da 7 a 11 giorni, mentre per la prima visita urologica da 9 a 13 giorni; b) Per le prestazioni di diagnostica strumentale, considerate in modo aggregato, il tempo medio di attesa sulla prima disponibilità aziendale si è ridotto da 14 giorni nel 2024 a 10 giorni nel 2025, per una riduzione del 28%. Tra le prestazioni per le quali il tempo medio di attesa rispetto alla prima disponibilità aziendale si è ridotto maggiormente rientrano le RM del cervello e del tronco encefalico con e senza mdc che sono passate rispettivamente da 12 a 8 giorni e da 11 a 8 giorni da 20 a 5 giorni e le EMG che complessivamente sono passate da 56 a 44 giorni. La TC cervicale con mdc è passata da 11 a 4 giorni. 4. Considerando a livello aggregato tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale, il tempo medio di attesa sulla prima disponibilità aziendale per le prestazioni con classe di priorità "D-Difficile" si è ridotto da 48 giorni nel 2024 a 30 giorni nel 2025, per una riduzione pari al 37%. Nello specifico: a) Per le prime visite, considerate nel loro complesso, il tempo medio di attesa sulla prima disponibilità aziendale tra il 2024 e il 2025 è passato da 49 a 51 giorni, con un peggioramento pari al 4%. Per determinate prime visite si è comunque registrata una riduzione del tempo medio di attesa sulla prima disponibilità aziendale, tra cui rientrano la prima visita endocrinologica che è passata da 44 a 18 giorni e la prima visita gastroenterologica che è passata da 74 a 15 giorni. b) Per le prestazioni di diagnostica strumentale, considerate in modo aggregato, il tempo medio di attesa sulla prima disponibilità aziendale si è ridotto da 47 giorni nel 2024 a 29 giorni nel 2025, per una riduzione del 38%. Tra le prestazioni per le quali il tempo medio di attesa rispetto alla prima disponibilità aziendale si è ridotto maggiormente rientrano le EMG che sono passate da 159 giorni a 31 giorni, la RM addome inferiore senza mdc, che è passata da 71 a 57 giorni e le RM del cervello e del tronco encefalico con e senza mdc che sono passate rispettivamente da 79 a 33 giorni e da 85 a 28 giorni. 5. obiettivo eliminato 6. Le prenotazioni online tramite Sanibook nell'anno 2025 sono aumentate del 25,24% rispetto all'anno 2024, passando da 288.975 a 361.915 prenotazioni. Nel corso dell'anno è proseguito lo sviluppo del sistema per mantenerlo e migliorarlo così come la promozione con la collaborazione della Ripartizione Comunicazione.
						1. Innerhalb September 2025 ist das Verzeichnis der chirurgischen Eingriffe formalisiert, in dem unter anderem Komplexität und Priorität der Eingriffe (Krankenhausaufenthalte) angegeben wird. 2. Innerhalb Juni 2025 werden die chirurgischen Eingriffe definiert, bei denen die Wartezeiten verringert werden müssen. Die Wartezeiten dieser Eingriffe werden, wie im Plan vorgesehen, innerhalb 31.12.2025 reduziert 3. Die Wartezeiten für Leistungen (Erstbesuche und instrumentelle Untersuchungen) mit Priorität B werden um 15 % verkürzt. Es wird die Berechnungsweise wird erläutert: Die Reduktion der Wartezeit um 15% bezieht sich auf die durchschnittliche Überschreitung bei Leistungen (Erstbesuche und instrumentelle Untersuchungen, die dem nationalen Monitoring unterliegen) zum 01.01.2025. Beispielrechnung: Grenzwert für die Leistungserbringung: 10 Tage Durchschnittliche Erbringungszeit am 01.01.2025: 20 Tage → Eine Reduktion um 15 % bedeutet, dass die durchschnittliche Überschreitung zum 31.12.2025 unter 17 Tagen liegen muss. 4. Die Wartezeiten für Leistungen (Erstbesuche und instrumentelle Untersuchungen) mit Priorität D werden um 15 % verkürzt. Die Berechnungsweise wird präzisiert: Die Reduktion der Wartezeit um 15 % bezieht sich auf die durchschnittliche Überschreitung bei Leistungen (Erstbesuche und instrumentelle Untersuchungen, die dem nationalen Monitoring unterliegen) zum 01.01.2025. Beispielrechnung: Grenzwert für Erstbesuche: 30 Tage Durchschnittliche Erbringungszeit für Leistungen mit Priorität D am 01.01.2025: 50 Tage → Reduktion um 15 % bedeutet: durchschnittliche Überschreitung zum 31.12.2025 muss unter 42 Tagen liegen. Grenzwert für bildgebende Untersuchungen: 60 Tage Durchschnittliche Erbringungszeit für Leistungen mit Priorität D am 01.01.2025: 120 Tage → Reduktion um 15 % bedeutet: durchschnittliche Überschreitung zum 31.12.2025 muss unter 102 Tagen liegen. 5. Indikator 5 wird gestrichen. 6. Online-Vormerkungen über Sanibook werden um 20% erhöht.	1. Der Katalog wurde den einzelnen Spitalsdirektionen zur Verfügung gestellt und bildet die Grundlage für die Festlegung der von den einzelnen Spitälern erbringbaren Leistungskataloge. 2. Es wurde ein Monitoring der Wartelisten für chirurgische Eingriffe durchgeführt und – soweit angesichts der erhobenen Wartelisten möglich – die notwendigen organisatorischen Maßnahmen zur Eindämmung der Wartezeiten bzw. zur Reduzierung der Wartelisten ergriffen, auch durch Nutzung der vorgesehenen vertraglichen Instrumente wie zusätzliche Leistungen des Personals. Für Bozen können die Daten über den Umfang der chirurgischen Wartelisten als zuverlässig betrachtet werden, abgesehen von der fehlenden Verwaltung und Pflege der Wartelisten. Für das Gesundheitsbezirk Meran ist die chirurgische Warteliste, die nur für Eingriffe geführt wird, für die kurzfristige oder mittelfristige Termine gefunden wurden, nur teilweise zuverlässig. In den Gesundheitsbezirken Brixen und Bruneck wurde die Möglichkeit, den Zielerreichungsgrad im zweiten Halbjahr 2025 zu überprüfen, durch den Umstieg auf eine neue Software (Digistat) beeinflusst. Aus den Daten der Anwendung Ikis für das 1. Halbjahr 2025 ergaben sich in beiden Gesundheitsbezirken – für jede einzelne Prioritätsklasse – keine Eingriffe, die die vorgesehenen maximalen Wartezeiten überschritten. Insgesamt wurden die Zielerreichung und insbesondere deren Bewertung durch das Fehlen von unternehmensweit validierten Leitlinien für den korrekten Prozess der chirurgischen Programmierung beeinflusst. Die Erstellung solcher unternehmensweiten Leitlinien ist für das Jahr 2026 vorgesehen. 3. Betrachtet man aggregiert alle Leistungen, die einem nationalen Monitoring unterliegen, hat sich die durchschnittliche Wartezeit für die erste verfügbare Unternehmensressource bei Leistungen mit Prioritätsklasse „B – Prioritär“ von 13 Tagen im Jahr 2024 auf 9 Tage im Jahr 2025 reduziert, was einer Verringerung um 30 % entspricht. Im Einzelnen: a) Für die Erstvisiten insgesamt blieb die durchschnittliche Wartezeit auf die erste verfügbare Unternehmensressource zwischen 2023 und 2024 stabil bei 7 Tagen (also unter der gesetzlichen Garantieschwelle von 10 Tagen). Für zwei verschiedene Erstvisiten wurde jedoch ein Anstieg der durchschnittlichen Wartezeit festgestellt: Die erste kardiologische Visite stieg von 7 auf 11 Tage, während die erste urologische Visite von 9 auf 13 Tage anstieg. b) Für die Leistungen der instrumentellen Diagnostik insgesamt verringerte sich die durchschnittliche Wartezeit von 14 Tagen im Jahr 2024 auf 10 Tage im Jahr 2025, was einer Reduktion um 28 % entspricht. Zu den Leistungen mit der größten Reduktion zählen MR-Untersuchungen des Gehirns und des Hirnstamms mit und ohne KM, die sich jeweils von 12 auf 8 Tage bzw. von 11 auf 8 Tage reduzierten; zudem EMG, die insgesamt von 56 auf 44 Tage zurückgingen. Die zervikale CT mit KM verringerte sich von 11 auf 4 Tage. 4. Betrachtet man aggregiert alle Leistungen, die einem nationalen Monitoring unterliegen, hat sich die durchschnittliche Wartezeit für die erste verfügbare Unternehmensressource bei Leistungen mit Prioritätsklasse „D – Aufschiebbar“ von 48 Tagen im Jahr 2024 auf 30 Tage im Jahr 2025 reduziert, was einer Verringerung um 37% entspricht. Im Einzelnen: a) Für die Erstvisiten insgesamt stieg die durchschnittliche Wartezeit zwischen 2024 und 2025 von 49 auf 51 Tage, was einer Verschlechterung von 4 % entspricht. Für bestimmte Erstvisiten wurde jedoch eine Reduktion der Wartezeit festgestellt, darunter die erste endokrinologische Visite (von 44 auf 18 Tage) und die erste gastroenterologische Visite (von 74 auf 15 Tage). b) Für die Leistungen der instrumentellen Diagnostik insgesamt verringerte sich die durchschnittliche Wartezeit von 47 Tagen im Jahr 2024 auf 29 Tage im Jahr 2025, was einer Reduktion um 38 % entspricht. Zu den Leistungen mit der größten Reduktion zählen EMG (von 159 auf 31 Tage), die MR des unteren Abdomens ohne KM (von 71 auf 57 Tage) sowie MR-Untersuchungen des Gehirns und des Hirnstamms mit und ohne KM (von 79 auf 33 Tage bzw. von 85 auf 28 Tage). 5. Ziel entfernt. 6. Die Online-Buchungen über Sanibook sind im Jahr 2025 im Vergleich zu 2024 um 25,24 % gestiegen – von 288.975 auf 361.915 Buchungen. Im Laufe des Jahres wurde die Weiterentwicklung des Systems fortgeführt, um es zu warten und zu verbessern, ebenso wie die Bewerbung des Dienstes in Zusammenarbeit mit der Abteilung Kommunikation.

	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuverhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung	
6		BSC	B.2	B) Contenimento delle liste d'attesa, qualità, appropriatezza ed esiti per i cittadini. Governo del rischio clinico. B) Eindämmung der Wartelisten, Qualität, Angemessenheit und Ergebnisse für die Bürger. Klinisches Risikomanagement	Ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici. Miglioramento della distribuzione del farmaco nel territorio e del sistema di prescrizione e distribuzione dei dispositivi medici. Optimierung der pharmazeutischen Betreuung und der Medizinprodukten. Verbesserung der Ausgabe von Arzneimitteln auf dem Gebiet sowie des Verschreibungs- und Ausgabesystems von Medizinprodukten.	TESTO BSC: 1. È implementato il progetto pilota per la distribuzione del farmaco a pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), anche attraverso le farmacie territoriali aperte al pubblico, prevedendo eventuali sistemi automatizzati di distribuzione dei farmaci in monodose (farmacia dei servizi) 2. È funzionante il sistema di prescrizione e di autorizzazione dematerializzata dei dispositivi medici per stomie e per le calze elasto-compressive e per le calze per edemi e ustioni e quest' ultimo è integrato con il sistema di erogazione delle farmacie territoriali 3. È istituito il Servizio Farmaceutico Territoriale entro il 30.04.2025 1. Das Pilotprojekt für die Verteilung von Medikamenten an Patienten in Integrierter Hauspflege (ADI) wird umgesetzt, auch durch öffentlich zugängliche Apotheken, möglicherweise auch mit automatisierten Systemen für die Verteilung von Einzeldosen (Dienstleistungsapotheke) 2. Das Verschreibungs- und Genehmigungssystem für Medizinprodukte für Stomata, elastokompressive Strümpfe, Strümpfe für Ödeme und Verbrennungen ist in Betrieb. Das Verschreibungs- und Genehmigungssystem ist in das Abgabesystem der territorialen Apotheken integriert 3. Der territoriale pharmazeutische Dienst ist bis 30.04.2025 eingerichtet.	TESTO BSC RINEGOZIATO: 1. È implementato il progetto pilota per la distribuzione del farmaco a pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), anche attraverso le farmacie territoriali aperte al pubblico, prevedendo eventuali sistemi automatizzati di distribuzione dei farmaci in monodose (farmacia dei servizi) 2. Il sistema di prescrizione e di autorizzazione dematerializzata degli alimenti a fini medici speciali per malattie metaboliche congenite, degli alimenti aproteici per soggetti nefropatici e dei sostituti del latte materno per i nati da madri sieropositive è funzionante ed è integrato con il sistema di erogazione delle farmacie territoriali 3. È istituito il Servizio Farmaceutico Territoriale entro il 31/12/2025. 1. Das Pilotprojekt für die Verteilung von Medikamenten an Patienten in Integrierter Hauspflege (ADI) wird umgesetzt, auch durch öffentlich zugängliche Apotheken, möglicherweise auch mit automatisierten Systemen für die Verteilung von Einzeldosen (Dienstleistungsapotheke). 2. Das System zur digitalen Verschreibung und Genehmigung von: Lebensmitteln für besondere medizinische Zwecke bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen, aproteinhaltigen Lebensmitteln für nierenkranke Personen sowie Muttermilchersatzprodukten für Neugeborene von HIV-positiven Müttern ist funktionsfähig und in das Versorgungssystem der territorialen Apotheken integriert. 3. Der territoriale pharmazeutische Dienst wird bis zum 31.12.2025 eingerichtet.	1. La delibera della Giunta Provinciale 1015/2025 implementa il progetto pilota in merito alle nuove modalità di distribuzione di farmaci a pazienti in ADI. La delibera provinciale prevede la distribuzione dei farmaci e dei dispositivi medici per i pazienti in ADI attraverso le farmacie accessibili al pubblico a partire dal 1° febbraio 2026. I medicinali (sia di classe A che di classe C, se previsti dalla delibera 1015/2025) potranno essere prescritti in forma dematerializzata dai medici curanti a partire da tale data. 2. Il sistema di prescrizione e di autorizzazione dematerializzata è stata implementato. 3. Con Delibera aziendale n. 2025-857 del 9 settembre 2025 viene istituita la struttura complessa "Servizio farmaceutico aziendale". 1. Der Landesbeschluss 1015/2025 implementiert das Pilotprojekt bzgl. der neuen Verteilungsmodalitäten von Arzneimitteln an Patienten in IHB. Der Landesbeschluss sieht die Verteilung der Medikamente und der Medizinprodukte für Patienten in IHB über die öffentlich zugänglichen Apotheken ab dem 1. Februar 2026 vor. Die Arzneimittel (sowohl Klasse A als auch Klasse C, sofern vom Beschluss 1015/2025 vorgesehen) können ab diesem Datum dematerialisiert von den behandelnden Ärzten verschrieben werden. 2. Das System zur digitalen Verschreibung und Autorisierung wurde implementiert. 3. Mit dem Beschluss der Betriebsdirektion Nr. 2025-857 vom 09. September 2025 wird die komplexe Struktur „territorialer pharmazeutischer Dienst“ eingerichtet.
7		BSC	B.3	B) Contenimento delle liste d'attesa, qualità, appropriatezza ed esiti per i cittadini. Governo del rischio clinico. B) Eindämmung der Wartelisten, Qualität, Angemessenheit und Ergebnisse für die Bürger. Klinisches Risikomanagement	Rafforzamento delle cure palliative. Raggiungimento degli standard del DM n. 77/2022 entro giugno 2026 per le cure palliative (43PL) Stärkung der Palliativversorgung. Erreichen der Standards des Ministerialdekrets Nr. 77/2022 bis Juni 2026 für die Palliativversorgung. (43B)	TESTO BSC: 1. Il numero di posti letto attivi in hospice ogni 100.000 abitanti è minimo 31 (8-10/100.000 abitanti) 2. In numero di assistiti presi in carico dalle cure palliative specialistiche va mantenuto per il 2025 almeno pari a 1320 3. È aumentata l'appropriatezza delle degenze in Hospice, mediante la riduzione dei ricoveri <7 gg e > 30 gg, le informazioni con le Centrali Operative Territoriali (COT) sono condivise secondo percorsi definiti in tutto il territorio aziendale 4. È completata l'attivazione delle UPC-DOM ogni 100.000 abitanti, attraverso la dotazione del personale medico necessario. 1. Die Zahl der aktiven Hospizbetten pro 100.000 Einwohner beträgt mindestens 31 (8-10/100.000 Einwohner) 2. Die Zahl der Patienten, die eine spezialisierte Palliativversorgung erhalten, sollte bis 2025 bei mindestens 1320 gehalten werden 3. Die Angemessenheit der Hospizaufenthalte wird durch die Verringerung der Einweisungen <7 Tage und > 30 Tage erhöht, Informationen mit den wohnortnahen Einsatzzentralen (WONE) werden gemäß definierten Pfaden im gesamten Sanitätsbetrieb ausgetauscht 4. Die Aktivierung der PCU-DOMs pro 100.000 Einwohner wird durch die Bereitstellung des erforderlichen medizinischen Personals ergänzt	TESTO BSC RINEGOZIATO: 1. L'AS crea le condizioni gestionali/amministrative per la prenotazione attiva da parte di tutti i prescrittori, compresi i MMG/PLS 2. È istituito un canale di comunicazione diretta tra MMG/PLS e specialisti. 1. Der Sanitätsbetrieb schafft die organisatorischen und administrativen Voraussetzungen für die aktive Vormerkung durch alle verschreibenden Ärztinnen und Ärzte, einschließlich der Hausärzte/Kinderärzte freier Wahl. 2. Ein direkter Kommunikationskanal zwischen Hausärzten/Kinderärzten freier Wahl und Fachärzten wird eingerichtet.	1. Il numero di posti letto in Hospice è di 29 (12 a Bolzano, 12 a Merano e 5 a Brunico) come è stato segnalato sia nella relazione intermedia sia in fase di definizione dell'obiettivo. Sono in fase di realizzazione 12 letti a Laives e altri 5 a Bressanone. La data stimata di ultimazione dei lavori a Laives è il primo semestre 2026. Per quanto riguarda Bressanone non è ancora possibile fare alcuna previsione, sicuramente non saranno attivate neanche nel 2026. Il numero di letti Hospice è pertanto stabile. 2. Da gennaio a settembre 2025 sono state prese in carico dalla rete di cure palliative 1090 persone. Non dovrebbero esserci pertanto difficoltà a raggiungere nel 2025 la presa in carico di 1320 persone. Al momento non sono disponibili i dati completi per il 2025, ma con molta probabilità l'obiettivo verrà raggiunto al 100%. I dati definitivi verranno forniti entro il 20.03.26. I dati definitivi dimostrano che sono stati presi in carico 1.519 assistiti. Per quanto riguarda le cure palliative pediatriche sono stati presi in carico 78 assistiti. L'obiettivo quindi è stato raggiunto. 3. I dati disponibili fino a giugno 2025 mostrano una riduzione della percentuale sia dei ricoveri superiori a 30 giorni, sia di quelli a 7 giorni, dato da confermare nel momento in cui i dati di fine 2025 saranno a disposizione. Tutte le segnalazioni dei pazienti con necessità di cure palliative passano attraverso le COT con le quali vengono condivise tutte le informazioni necessarie per la presa in carico in rete secondo percorsi definiti in tutti i quattro comprensori. I dati provvisori ricevuti al 22.01.26 dimostrano un trend in miglioramento con una percentuale pari a 24,45% dei ricoveri < 7gg e una percentuale del 6,45 % di ricoveri con una durata > ai 30 gg. Da considerarsi come obiettivo raggiunto. 4. A luglio 2025 è stata attivata dalla Direzione Aziendale la UCP-DOM Bolzano Sud che copre l'area dell'Oltradige e della Bassa Atesina. Attualmente sono cinque le UCP-DOM adulte attive in Provincia di Bolzano (una ogni 100.000 abitanti) alle quali si aggiunge una UCP-DOM pediatrica. 1. Die Anzahl der Hospizbetten beträgt 29 (12 in Bozen, 12 in Meran und 5 in Bruneck), wie sowohl im Zwischenbericht als auch bei der Zieldefinition angegeben wurde. Derzeit befinden sich 12 Betten in Leifers und weitere 5 in Brixen in Umsetzung. Die voraussichtliche Fertigstellung der Arbeiten in Leifers ist für das erste Halbjahr 2026 geplant. Für Brixen ist derzeit keine Prognose möglich; sicher ist jedoch, dass sie auch 2026 nicht aktiviert werden. Die Anzahl der Hospizbetten ist daher stabil. 2. Von Januar bis September 2025 wurden 1.090 Personen vom Netzwerk für Palliativversorgung betreut. Es sollten daher keine Schwierigkeiten bestehen, im Jahr 2025 die Versorgung von 1.320 Personen zu erreichen. Derzeit liegen die vollständigen Daten für 2025 noch nicht vor, aber mit großer Wahrscheinlichkeit wird das Ziel zu 100 % erreicht. Die definitiven Daten werden bis zum 20.03.2026 nachgereicht. Die definitiven Daten zeigen, dass insgesamt 1.519 Personen betreut worden sind, davon 78 in der pädiatrischen Palliativversorgung. Das Ziel wurde somit erreicht. 3. Die bis Juni 2025 verfügbaren Daten zeigen einen Rückgang sowohl des prozentuellen Anteils der Aufnahmen mit einer Dauer von mehr als 30 Tagen als auch jener mit einer Dauer von 7 Tagen. Dieser Trend ist zu bestätigen, sobald die Daten für Ende 2025 vorliegen. Alle Meldungen von Patient:innen mit Bedarf an Palliativversorgung erfolgen über die WONE, mit der alle notwendigen Informationen für die Betreuung in den Netzwerken gemäß den in allen vier Bezirken definierten Abläufen geteilt werden. Die provisorischen Daten vom 22.01.26 zeigen eine positive Entwicklung: 24,45% der Aufnahmen < 7 Tagen und 6,45 % der Aufnahmen mit einer Dauer von > 30 Tagen. Somit kann das Ziel als erreicht gesehen werden. 4. Im Juli 2025 wurde von der Generaldirektion die UCP-DOM Bozen Süd aktiviert, die das Gebiet Überetsch–Unterland abdeckt. Derzeit sind in der Provinz Bozen fünf UCPCOM für Erwachsene aktiv (eine pro 100.000 Einwohner) sowie zusätzlich eine pädiatrische UCPCOM.
8		BSC	B.4	B) Contenimento delle liste d'attesa, qualità, appropriatezza ed esiti per i cittadini. Governo del rischio clinico. B) Eindämmung der Wartelisten, Qualität, Angemessenheit und Ergebnisse für die Bürger. Klinisches Risikomanagement	Miglioramento della comunicazione tra professionisti. Miglioramento della comunicazione tra Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS) e medici specialisti e dell'appropriatezza prescrittiva. Verbesserte Kommunikation zwischen Fachleuten. Verbesserung der Kommunikation zwischen Hausärzten/Kinderärzte freier Wahl und Fachärzten sowie der Angemessenheit von Verschreibungen.	TESTO BSC: 1. È possibile la prenotazione diretta delle prestazioni da parte dei medici (MMG/PLS e specialisti) 2. È istituito un canale di comunicazione diretta tra MMG/PLS e specialisti. 1. Direkte Vormerkung von Leistungen durch Ärzte (Hausärzte/Kinderärzte freier Wahl und Fachärzte) ist möglich 2. Ein direkter Kommunikationskanal zwischen Hausärzten/Kinderärzten freier Wahl und Fachärzten wird eingerichtet.	TESTO BSC RINEGOZIATO: 1. L'AS crea le condizioni gestionali/amministrative per la prenotazione attiva da parte di tutti i prescrittori, compresi i MMG/PLS 2. È istituito un canale di comunicazione diretta tra MMG/PLS e specialisti. 1. Der Sanitätsbetrieb schafft die organisatorischen und administrativen Voraussetzungen für die aktive Vormerkung durch alle verschreibenden Ärztinnen und Ärzte, einschließlich der Hausärzte/Kinderärzte freier Wahl. 2. Ein direkter Kommunikationskanal zwischen Hausärzten/Kinderärzten freier Wahl und Fachärzten wird eingerichtet.	1) Attivazione della piattaforma: sono state fornite istruzioni dettagliate per l'accesso e l'utilizzo di Pohema, con supporto tecnico per la risoluzione di problemi di accesso e configurazione delle strutture coinvolte. Analisi funzionale e clinica: è stato redatto e condiviso un documento di analisi funzionale per il teleconsulto sincrono MMG-specialista (in particolare Oncologia), con revisione e validazione clinica da parte dei referenti coinvolti. Sperimentazione e formazione: sono stati avviati i primi teleconsulti pilota fra l'oncologia di Bolzano ed un medico di base nel comprensorio, con formazione degli operatori e raccolta di feedback per migliorare il flusso operativo. 2) Collaborazione interprofessionale: il progetto ha visto la collaborazione attiva tra MMG, specialisti, direzione sanitaria e team IT, con incontri periodici per monitorare l'andamento e risolvere criticità operative. 1) Attivierung der Plattform: Es wurden detaillierte Anleitungen für den Zugriff und die Nutzung von Pohema bereitgestellt, einschließlich technischer Unterstützung zur Behebung von Zugangsproblemen und zur Einrichtung der beteiligten Strukturen. Fachliche und klinische Analyse: Ein Funktionsanalyse-Dokument für die synchrone Telekonsultation zwischen Hausärzten und Fachärzten (insbesondere Onkologie) wurde erstellt und geteilt, mit anschließender klinischer Überprüfung und Validierung durch die beteiligten Referenten. Pilotphase und Schulung: Die ersten Pilot-Telekonsultationen zwischen der Onkologie in Bozen und einem Hausarzt im Sprengel wurden gestartet, begleitet von der Schulung der Mitarbeiter und der Sammlung von Feedback zur Verbesserung des operativen Ablaufs. 2) Interprofessionelle Zusammenarbeit: Das Projekt sah eine aktive Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, Sanitätsdirektion und IT-Team vor, mit regelmäßigen Treffen zur Überwachung des Fortschritts und zur Lösung operativer Herausforderungen

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
9		BSC	C.1 C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Sviluppo università a Bolzano: corso di Medicine and Surgery. Implementazione roadmap compiti Azienda Sanitaria inerenti il corso di Medicine & surgery Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC) con sede a Bolzano. Entwicklung der Universität in Bozen: Studiengang Medizin und Chirurgie. Umsetzungsfahrplan Aufgaben des Sanitätsbetriebes im Zusammenhang mit dem Studiengang Medizin und Chirurgie Universität Cattolica mit Sitz in Bozen.	TESTO BSC: 1. È firmato l'accordo attuativo tra l'Università Cattolica e l'Azienda sanitaria entro il 2025 2. Sono definiti il fabbisogno dei tutor e la distribuzione degli studenti dell' Università Cattolica sede di Bolzano che devono essere seguiti nel triennio clinico nei diversi reparti e servizi, coinvolgendo tutta la rete ospedaliera dell'Azienda sanitaria. Le decisioni in merito, concordate tra Università Cattolica e Azienda sanitaria, sono incluse nell'accordo attuativo tra le parti. 3. I responsabili dei servizi e reparti nella rete ospedaliera dell'Azienda sanitaria hanno stilato una lista del personale che potrà fungere da tutor nel triennio clinico, indicando il numero di studenti che verranno presi in carico in accordo con i contenuti di cui al punto 2. 4. Nei contratti di lavoro del personale sanitario medico risulta inserita la possibilità di fungere da tutor per il triennio clinico e risultano specificati oneri e doveri. 1. Die Umsetzungsvereinbarung zwischen der Universität Cattolica und dem Sanitätsbetriebs wird bis 2025 unterzeichnet 2. Der Bedarf an Tutorinnen und Tutoren und die Verteilung der Cattolica-Studierenden am Standort Bozen, die während der drei klinischen Jahre in den verschiedenen Abteilungen und Diensten unterrichtet werden sollen, werden unter Einbeziehung des gesamten Krankenhausnetzes des Sanitätsbetriebs festgelegt. Die entsprechenden Beschlüsse, die zwischen der Universität Cattolica und dem Sanitätsbetriebs vereinbart werden, sind in der Umsetzungsvereinbarung zwischen den Partnern enthalten 3. Die Leiterinnen und Leiter der Dienststellen und Abteilungen des Sanitätsbetriebskrankenhausnetzes haben eine Liste des Personals erstellt, das während des dreijährigen klinischen Zeitraums als Tutor/in fungieren kann, wobei die Anzahl der Studierenden angegeben wird, die gemäß dem Inhalt von Punkt 2 aufgenommen werden sollen 4. Die Arbeitsverträge des medizinischen Personals enthalten die Möglichkeit, während des dreijährigen klinischen Studienabschnitts als Tutor/in zu fungieren, und legen die Aufgaben und Verpflichtungen fest.		1. La proposta dell'UCSC (Università Cattolica del Sacro Cuore) è stata revisionata e la versione finale è stata inviata alla Provincia. Pertanto, sono stati effettuati i passaggi necessari per il raggiungimento degli obiettivi. 2. L'IRTS ha elaborato una simulazione sulla possibile distribuzione dei tirocinanti e l'ha inviata al responsabile del progetto della Provincia. Per definire i dettagli, è tuttavia necessario la Skills Book da parte dell'Università Cattolica (UCSC), che non è ancora stato trasmesso. Lo Skills Book verrà presentato il 12/01/2026. Prima di poter contattare le singole unità operative, è necessario anche il placet definitivo da parte dell'UCSC per la simulazione. Il 12/01/2026 si terrà l'incontro tra la Provincia, la Direzione Generale e i Primari. In tale occasione, i Primari saranno invitati a comunicare, dopo la riunione, il numero e i nomi dei tutor. Considerate le attività riportate, si può dire che sono stati completati i passaggi necessari per il raggiungimento dell'obiettivo, mentre le ultime azioni per la realizzazione finale non dipendono dall'Azienda. Il responsabile del progetto della Provincia è stato informato. Tutte le attività preparatorie necessarie per l'accordo di attuazione tra i partner sono state svolte nell'ambito del gruppo di lavoro. 3. Per ottenere l'elenco del tutor dai singoli Primari, è stato predisposto tutto il necessario per contattarli e richiedere i nominativi. Dopo aver consultato il responsabile del progetto, ci è stato comunicato che, prima dell'invio di tale richiesta, deve aver luogo un incontro tra la Provincia e i Primari, nel quale verrà affrontato anche questo punto. Tale incontro si terrà il 12/01/2026. 4. È stata predisposta una clausola aggiuntiva al contratto di lavoro, inviata alla Direzione Generale il 14/10/2025. Il Direttore Generale è stato informato sullo stato di attuazione degli obiettivi il 14/10/2025. Anche il responsabile del progetto della Provincia è stato informato via e-mail e telefonicamente. 1. Der Vorschlag der UCSC (Uni Cattolica) wurde überarbeitet und die finale Version an die Landesverwaltung geschickt. Somit wurden die notwendigen Schritte zur Zielerreichung durchgeführt. 2. Der IRTS hat eine Simulation zur möglichen Verteilung der Praktikanten ausgearbeitet und an den Projektleiter der Landesverwaltung geschickt. Um die Details auszuarbeiten, wird hierfür allerdings noch das Skills Book von Seiten der Uni Cattolica (UCSC) benötigt, welches uns bisher noch nicht zugesandt wurde. Das Skills Book wird am 12/01/2026 vorgestellt werden. Bevor die einzelnen Abteilungen hierzu kontaktiert werden können, ist auch das finale Placet von Seiten der UCSC bezüglich der Simulation nötig. Am 12/01/2026 wird das Treffen zwischen der Landesverwaltung, Generaldirektion und den PrimarInnen stattfinden. In dessen Rahmen, werden die PrimarInnen aufgefordert werden, nach dem Treffen die Anzahl und die Namen der TutorInnen mitzuteilen. Aus den soeben genannten Gründen wurden die zur Erfüllung des Ziels notwendigen Schritte durchgeführt, während die letzten Maßnahmen für die finale Zielerreichung nicht vom Sanitätsbetrieb abhängen. Der Projektleiter der Landesverwaltung wurde darüber aufmerksam gemacht. Alle notwendigen, vorbereitenden Tätigkeiten für die Umsetzungsvereinbarung zwischen den Partnern, wurden im Rahmen der Arbeitsgruppe durchgeführt. 3. Um die Liste der TutorInnen von den einzelnen PrimarInnen zu erhalten wurde alles vorbereitet, um sie zu kontaktieren und die Namen zu erfragen. Nach Rücksprache mit dem Projektleiter wurde uns mitgeteilt, dass vor dem Versand einer solchen Aufforderung ein Treffen zwischen der Landesverwaltung und den PrimarInnen stattfinden muss, bei dem auch dieser Punkt angesprochen werden wird. Dieses Treffen wird am 12/01/2026 stattfinden. 4. Ein entsprechender Zusatz zum Arbeitsvertrag wurde ausgearbeitet und am 14/10/2025 an die Generaldirektion verschickt. Der Generaldirektor wurde über den Umsetzungsstand der Ziele am 14/10/2025 in Kenntnis gesetzt. Ebenso wurde auch der Projektleiter der Landesverwaltung via E-Mail und telefonisch darüber in Kenntnis gesetzt.
10		BSC	C.2 C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Adozione e implementazione del nuovo atto aziendale, ivi inclusi l'organigramma e il funzionigramma. Proposta di aggiornamento dell'Atto Aziendale completo. Einführung und Umsetzung der neuen Betriebsordnung, einschließlich des Organigramms und des Funktionsplans. Vorschlag zur Aktualisierung der vollständigen Betriebsordnung.	TESTO BSC: 1. È approvato e implementato l'atto aziendale e organigramma completo, proposto entro la fine del 2024 2. È definito il funzionigramma aziendale (servizi amministrativi e sanitari) e sono formalizzati i dipartimenti e le forme vincolanti di collaborazione organizzativa, entro giugno 2025 3. Sono approvate le procedure di gestione e di collaborazione all'interno di dipartimenti e forme vincolanti di collaborazione aziendali. 1. Die vollständige Betriebsordnung und das Organigramm, die bis Ende 2024 vorgeschlagen werden, werden angenommen und umgesetzt 2. Das Betriebsfunktionsplan (Verwaltungs- und Gesundheitsdienste) ist definiert und die Abteilungen und verbindlichen Formen der organisatorischen Zusammenarbeit sind bis Juni 2025 formalisiert 3. Genehmigung der Verwaltungs- und Kooperationsverfahren innerhalb der Abteilungen und der verbindlichen Formen der Zusammenarbeit im Sanitätsbetrieb.	TESTO BSC RINEGOZIATO: 1. È approvato e implementato l'atto aziendale e organigramma completo, proposto entro la fine del 2024 2. È definito il funzionigramma aziendale (servizi amministrativi e sanitari) e sono formalizzati i dipartimenti e le forme vincolanti di collaborazione organizzativa, entro settembre 2025 3. Sono approvate le procedure di gestione e di collaborazione all'interno di dipartimenti e forme vincolanti di collaborazione aziendali. 1. Die vollständige Betriebsordnung und das Organigramm, die bis Ende 2024 vorgeschlagen werden, werden angenommen und umgesetzt 2. Das Funktionsdiagramm (Verwaltungs- und Gesundheitsdienste) wird festgelegt, und die Departements sowie verbindliche Formen der organisatorischen Zusammenarbeit werden bis September 2025 formalisiert. 3. Genehmigung der Verwaltungs- und Kooperationsverfahren innerhalb der Abteilungen und der verbindlichen Formen der Zusammenarbeit im Sanitätsbetrieb.	1) in merito alle ripartizioni amministrative, la bozza di Atto aziendale e i relativi allegati, con la sola esclusione dell'Allegato 5, è stata trasmessa dal Direttore Amministrativo al Direttore Generale e agli altri componenti della Direzione Aziendale in data 19.09.2025. In tale occasione, è stato comunicato che il citato Allegato 5, relativo alle competenze attribuite alle ripartizioni tecnico-amministrative, sarebbe stata dallo stesso inviata tra i mesi di ottobre e novembre. La discussione finale dell'Atto aziendale e degli allegati disponibili veniva rinviata ad un incontro per il giorno 29.09.2025. In tale riunione,, è stata discussa la bozza di Atto e di Allegati, con richiesta di modifiche ed integrazioni. Successivamente, la versione finale è stata trasmessa ai/alle Direttori/trici di Comprensorio sanitario per eventuali commenti. La discussione finale tra il Direttore Generale e gli altri componenti della Direzione Aziendale si è tenuta in data 29.12.2025. Nel frattempo, si è proceduto alla traduzione integrale dell'Atto e degli Allegati disponibili. Si segnala in ogni caso che vi sono alcuni punti ancora in discussione tra il Direttore Generale e il Direttore Amministrativo, di cui non si conosce l'esatto perimetro. 2) con Delibera del Direttore Generale n. 2025-931 del 30.09.2025, è stato approvato il funzionigramma delle strutture sanitarie, tecnico-assistenziali ed amministrative. Detta Delibera è stata trasmessa a PAB nel termine assegnato. Di conseguenza, detto punto è stato integralmente raggiunto. 3) La bozza della procedura di gestione e di collaborazione all'interno di dipartimenti e forme vincolanti di collaborazione aziendali è elaborata ed approvata dalla Direzione sanitaria e dalla Direzione tecnico-assistenziale. 1) bezüglich auf die Verwaltungsabteilungen wurde der Entwurf der Betriebsordnung der dazugehörigen Anlagen – mit Ausnahme von Anlage 5 – vom Verwaltungsdirektor am 19.09.2025 an den Generaldirektor und die weiteren Mitglieder der Betriebsdirektion übermittelt. Bei dieser Mitteilung wurde mitgeteilt, dass die genannte Anlage 5, welche die den technisch verwaltenden Abteilungen zugewiesenen Zuständigkeiten betrifft, von ihm zwischen Oktober und November übermittelt werde. Die endgültige Besprechung der Betriebsordnung und der verfügbaren Anlagen wurde auf ein Treffen am 29.09.2025 verschoben. An dieser Sitzung wurde der Entwurf der Betriebsordnung und der Anlagen besprochen und es wurden einige Änderungen und Ergänzungen verlangt. Anschließend wurde die endgültige Fassung den DirektorInnen der Gesundheitsbezirke zur eventuellen Stellungnahme übermittelt. Die abschließende Besprechung zwischen dem Generaldirektor und den weiteren Mitgliedern der Betriebsdirektion fand am 29.12.2025 statt. In der Zwischenzeit wurde die vollständige Übersetzung der Betriebsordnung und der verfügbaren Anlagen durchgeführt. Es wird darauf hingewiesen, dass einige Punkte noch zwischen dem Generaldirektor und dem Verwaltungsdirektor in Diskussion sind, deren genauer Umfang jedoch nicht bekannt ist. 2) Es wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2025 931 vom 30.09.2025 das Funktionendiagramm der Gesundheitseinrichtungen, Pflege- und Verwaltungsstrukturen genehmigt. Dieser Beschluss wurde innerhalb der gesetzten Frist an Autonome Provinz Bozen – Südtirol übermittelt. Folglich wurde dieser Punkt vollständig erreicht. 3) Ein Entwurf der Prozedur wurde erarbeitet und dieser wurde von der Sanitätsdirektion und der Pflegedirektion gutgeheißen.
11		BSC	C.3 C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Miglioramento della governance dell'Azienda sanitaria. Miglioramento della governance programmatica-valutativa, organizzativo-gestionale ed economico-finanziaria dell'Azienda sanitaria, anche a seguito della chiusura del progetto di certificabilità del bilancio e dei sistemi amministrativi. Verbesserung der Governance des Sanitätsbetriebes. Verbesserung der Planungs-, Organisations-, Bewertungs- und wirtschaftlich-finanziellen Steuerung des Sanitätsbetriebes, auch nach Abschluss des Projekts zur Zertifizierung der Haushalts und der Verwaltungssysteme.	TESTO BSC: 1. Sono attuate tutte le azioni necessarie alla risoluzione dei rilievi formulati dall'ente certificatore nell'ambito della relazione al bilancio consuntivo 2023 e 2024 e dalla funzione di Audit nell'ambito della Relazione 2023-24 2. Il dettaglio delle immobilizzazioni in corso è completo 3. È effettuata una valutazione (e prodotta una relazione) dell'impatto dell'adozione del sistema di classificazione degli immobili SEC in termini di azioni da attuare e tempistiche ed è implementato il progetto attuativo secondo i tempi in esso previsti 4. Sono riconciliati al 100% i crediti e i debiti in conto capitale tra Azienda e Provincia 5. Sono definite le procedure di programmazione e il sistema premiante e sono rispettati i tempi di adozione dei documenti 6. Sono implementate le procedure per l'anticipo delle rendicontazioni e il rispetto delle tempistiche di approvazione dei bilanci dell'Azienda sanitaria 7. È definito un piano di efficientamento (razionalizzazione) della spesa triennale nel rispetto della sostenibilità di lungo periodo 1. Alle Maßnahmen, die für die Lösung der Beanstandungen der Zertifizierungsstelle im Rahmen der Abschlussberichte 2023 und 2024 und der Auditfunktion im Rahmen des Berichts 2023-24 erforderlich sind, werden durchgeführt 2. Die Angaben zu den Anlagen im Bau sind vollständig 3. Es wird eine Bewertung (und ein Bericht) der Auswirkungen der Annahme des SEC Anlagensklassifizierungssystems in Bezug auf die durchzuführenden Maßnahmen und die Fristen vorgenommen, und das Umsetzungsprojekt wird gemäß den darin festgelegten Fristen durchgeführt 4. Die Kapitalforderungen und -verbindlichkeiten zwischen dem Sanitätsbetrieb und der Provinz sind zu 100% aufeinander abgestimmt 5. Die Verfahren der Planung und das Belohnungssystem sind festgelegt und der Zeitplan für die Annahme von Dokumenten wird eingehalten 6. Die Verfahren für die Vorauszahlung von Rechnungen und die Einhaltung des Zeitrahmens für die Genehmigung der Bilanzen des Sanitätsbetriebes sind umgesetzt 7. Ein Effizienzplan (Rationalisierung) der dreijährigen Ausgaben im Hinblick mit der langfristigen Nachhaltigkeit wird definiert.		1. Le azioni necessarie alla risoluzione dei rilievi formulati dall'ente certificatore nell'ambito della relazione al bilancio consuntivo 2023 e 2024, nonché quelle richieste dalla Funzione Audit nella Relazione 2023-24, sono state completate al 100%. 2. Il dettaglio delle immobilizzazioni in corso è stato ulteriormente esaminato, evidenziando e confrontando le differenze. Sono state apportate le necessarie integrazioni e rettifiche ai fini della riconciliazione. Le ultime modifiche verranno effettuate in chiusura di bilancio. L'attività è attualmente completata al 90%. 3. Si premette che gli immobili detenuti dall'Azienda sono di proprietà della PAB, cui spetta la verifica della corretta classificazione degli stessi. La classificazione risulta corretta. A riprova della corretta classificazione dei beni PAB detenuti dall'Azienda, si richiama la comunicazione del MEF dell'11.12.2025, che ha confermato la corretta trasmissione delle relative informazioni. 4. La riconciliazione dei crediti, già avviata negli anni precedenti per i beni mobili e per l'informatica è proseguita con riferimento alle apparecchiature elettromedicali. La riconciliazione per i lavori è solo parziale e, pertanto, l'obiettivo è raggiunto all'85%. 5. Il documento "Sistema di misurazione e valutazione della performance" è stato approvato con delibera del Direttore Generale n. 861 del 9.9.2025, nel quale sono definite le procedure di programmazione e il sistema premiante e sono stati rispettati i tempi di adozione dei documenti. 6. Le rendicontazioni relative ai finanziamenti degli esercizi precedenti sono state richieste e presentate a fine anno; quelle relative a finanziamenti dell'esercizio sono state richieste e dovranno essere trasmesse alla Ripartizione finanze entro metà febbraio. Le procedure amministrative contabili finalizzate al rispetto delle tempistiche dell'approvazione dei bilanci, sono state approvate ed implementate dalla Ripartizione Finanze. Il bilancio di esercizio 2024 ed il bilancio preventivo 2025 sono stati approvati nei termini di legge. 7. La Ripartizione Finanze ha collaborato con la Ripartizione pianificazione e controllo nella predisposizione del piano di razionalizzazione triennale, che è stato predisposto nei termini previsti. 1. Die zur Behebung der vom Zertifizierungsunternehmen im Rahmen des Jahresabschlusses 2023 und 2024 formulierten Einwände sowie die im AuditBericht 2023-24 angeforderten Maßnahmen wurden zu 100% abgeschlossen. 2. Die Detailübersicht der in Herstellung befindlichen Anlagegüter wurde weiter geprüft, wobei die Abweichungen hervorgehoben und miteinander verglichen wurden. Die notwendigen Ergänzungen und Berichtigungen zur Abstimmung wurden vorgenommen. Die endgültigen Anpassungen werden bei Abschluss des Jahresabschlusses erfolgen. Der Arbeitsfortschritt beträgt derzeit 90%. 3. Es wird vorausgeschickt, dass die vom Betrieb gehaltenen Immobilien Eigentum der Provinz sind, welche für die korrekte Überprüfung derselben zuständig ist. Die Klassifizierung ist korrekt. Als Bestätigung der korrekten Klassifizierung der vom Betrieb gehaltenen Vermögenswerte der Provinz wird auf die Mitteilung des MEF vom 11.12.2025 verwiesen, welche die korrekte Übermittlung der entsprechenden Informationen bestätigt hat. 4. Die Abstimmung der Forderungen, die in den Vorjahren bereits für bewegliche Güter und für den IT-Bereich begonnen wurde, wurde auf die elektromedizinischen Geräte ausgeweitet. Die Abstimmung der Bauaufträge ist nur teilweise erfolgt; daher ist das Ziel zu 85% erreicht. 5. Das Dokument "System zur Messung und Bewertung der Performance" wurde am 9.9.2025 mit Beschluss des Generaldirektors genehmigt. Im Dokument sind die Verfahren der Planung und das Belohnungssystem festgelegt und der Zeitplan für die Bereitstellung der Dokumente wurde eingehalten. 6. Die Abrechnungen betreffend die Finanzierungen der Vorjahre wurden angefordert und Ende des Jahres übermittelt; jene betreffend die Finanzierungen des laufenden Jahres wurden angefordert und müssen bis Mitte Februar an die Abteilung Finanzen übermittelt werden. Die Verwaltungs- und buchhalterischen Verfahren zur Einhaltung der Fristen für die Genehmigung der Haushaltsabrechnungen wurden von der Abteilung Finanzen genehmigt und umgesetzt. Der Jahresabschluss 2024 und der Haushaltsvorsanschlag 2025 wurden innerhalb der gesetzlichen Fristen genehmigt. 7. Die Abteilung Finanzen hat mit der Abteilung Planung und Kontrolle bei der Erstellung des dreijährigen Rationalisierungsplans zusammengearbeitet, der innerhalb der

	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuverhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung	
12		BSC	C.4	C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Rafforzamento e stabilizzazione delle risorse umane. Miglioramento dell'attrattività dell'Azienda come luogo di lavoro, mediante il miglioramento delle politiche di reclutamento, di stabilizzazione del personale e contenimento della fuga. Stärkung und Stabilisierung der Humanressourcen. Steigerung der Attraktivität des Sanitätsbetriebs als Arbeitsplatz durch Verbesserung der Einstellungspolitik, Stabilisierung des Personals und Eindämmung der Personalfuktuation.	TESTO BSC: L'Azienda rafforza le politiche di reclutamento del personale sanitario attraverso il miglioramento del punto informativo one stop shop e le pubblicazioni di annunci in Italia e all'estero, aumentando le attività di employer branding esterno. Attiva inoltre un programma per il benessere dei collaboratori come misura necessaria per la ritenzione del personale. Monitora costantemente i flussi del personale in entrata ed in uscita e rileva i motivi delle dimissioni dei collaboratori. Der Sanitätsbetrieb verstärkt seine Maßnahmen zur Anwerbung von Gesundheitspersonal durch die Verbesserung des One-Stop-Shop-Informationspunkts und durch Anzeigenveröffentlichungen in Italien und im Ausland sowie durch verstärkte externe Employer-Branding-Aktivitäten. Er aktiviert auch ein Personalfürsorgeprogramm als notwendige Maßnahme zur Personalbindung. Ständige Überwachung der Zu- und Abgänge von Mitarbeitern und Ermittlung der Gründe für Personalabgänge	Nel 2025 l'Azienda Sanitaria ha intensificato le attività di reclutamento, concentrandosi maggiormente sui bisogni individuali dei candidati, come il supporto nella ricerca di alloggi, nei contatti con scuole e famiglie, e attraverso campagne sui social media. Sono stati contattati numerosi medici, infermieri e altri profili, e le candidature spontanee sono aumentate significativamente. La presenza a fiere ed eventi ha rafforzato l'employer branding. Inoltre, sono stati sistematicamente svolti e analizzati i colloqui di uscita. Il benessere del personale è stato promosso tramite iniziative come Familielundberuf (famiglia e lavoro) MAAS4 (Mobility as a Service for Italy), programmi di onboarding, convenzioni con palestre e progetti di promozione della salute. Im Jahr 2025 intensivierte der Sanitätsbetrieb seine Rekrutierungsaktivitäten, indem er stärker auf individuelle Bedürfnisse von Kandidaten einging, unter anderem durch Wohnungssuche, Unterstützung bei Schule und Familie sowie Social-Media-Kampagnen. Über verschiedene Kanäle wurden zahlreiche Ärzt:innen, Pflegekräfte und andere Profile kontaktiert, während die Zahl der Spontanbewerbungen deutlich anstieg. Durch Präsenz bei Messen und Veranstaltungen wurde das Employer Branding gestärkt. Zudem wurden Austrittsgespräche systematisch durchgeführt und ausgewertet. Das Wohlbefinden der Mitarbeitenden wurde durch Projekte wie Familielundberuf, MAAS4 (Mobility as a Service for Italy), Onboarding-Initiativen, Fitnesskooperationen und Gesundheitsförderprogramme weiter ausgebaut.	
13		BSC	D.1	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione. D) Informationssysteme und Datenträger. Verbesserung der Kommunikation.	Implementazione Sistema Informativo Ospedaliero (SIO): 1. Diffusione dei Moduli Software "Accettazione-Dimissione-Trasferimento (ADT) e gestione di reparto NGH-ADT" 2. Diffusione dei Moduli di Pronto Soccorso "NGH - PS" (Next Generation Health - Pronto Soccorso) e Order Entry "NGH -OE" 3. Implementazione dei Moduli Software Cartella Clinica di ricovero e infermieristica "NGH_CCE (Cartella Clinica Elettronica) di ricovero" 4. Diffusione dei Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale" del Modulo "NGH - e Prescribe " 5. Implementazione dei Moduli Software NGH - CUP "Centro Unico di Prenotazione" 6. Implementazione del Modulo di Gestione delle Sale Operatorie: estensione del nuovo software in tutti gli ospedali, accompagnamento amministrativo-informatico dell'implementazione 7. Utilizzo del Software (NGH - CCE ambulatoriale) da parte dei centri privati convenzionati per la cura delle dipendenze e per l'alimentazione del flusso NPJA (Neuropsychiatria Infantile e Adolescenziale) Implementazione dei Sistemi Informativi (KIS): 1. Verbreitung der Software-Module "Aufnahme-Entlassung-Überweisung (ADT) und Abteilungsleitung NGH-ADT" 2. Verbreitung der Notaufnahme-Module "NGH - PS" (Next Generation Health - Notaufnahme) und Order Entry "NGH -OE" 3. Umsetzung der Software-Module für die Patientenakte für den stationären Bereich und die Pflege "NGH_CCE" (Elektronische Patientenakte) Einweisungen" 4. Verbreitung der Softwaremodule für die ambulante Patienenakte "NGH - Ambulante Patientenakte CCE", des Moduls "NGH - und Prescribe" 5. Umsetzung der Softwaremodule "NGH - CUP "Einheitliche Vormerkungsstelle" 6. Umsetzung des Moduls zur Verwaltung der Operationssäle: Ausweitung der neuen Software auf alle Krankenhäuser, Unterstützung bei der Einführung durch Verwaltung und IT	TESTO BSC: 1. I nuovi Moduli Software ADT e gestione di Reparto sono funzionanti al 100% nel comprensorio sanitario di Bressanone entro il 31/12/2025 e nel comprensorio sanitario di Brunico entro il 30/06/2026 2. I nuovi Moduli Software "Pronto soccorso" e "Order Entry" sono funzionanti al 100% nel comprensorio sanitario di Bressanone entro il 31/12/2025 e nel comprensorio sanitario di Brunico entro il 30/06/2026 3. I Moduli Software Cartella Clinica di Ricovero e Infermieristica sono funzionanti al 100% entro il 31/03/2025 presso l'ospedale di Bolzano, entro il 30/07/2025 presso l'ospedale di Merano entro il 31/12/2025 nel comprensorio sanitario di Bressanone ed entro il 30/06/2026 nel comprensorio sanitario di Brunico 4. I Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale", il Modulo "NGH - PSM (Prescrizione- Somministrazione- Monitoraggio)" sono funzionanti al 100% entro il 31/12/2025 nel comprensorio sanitario di Bressanone ed entro il 30/06/2026 nel comprensorio sanitario di Brunico 5. Il Modulo Software NGH-CUP "Centro Unico di Prenotazione sarà diffuso in tutta l'Azienda Sanitaria entro il 31/12/2025 6. Il modulo delle Sale Operatorie è operativo nel comprensorio di Bressanone entro il 30/06/2025 e nel Comprensorio di Brunico entro il 30/09/2025 7. I centri privati convenzionati usano i sistemi (NGH - CCE ambulatoriale) e alimentano il flusso NPJA entro il 30/06/2025.	TESTO BSC RINEGOZIATO: 1. Entro il 31 dicembre 2025 è definito il progetto e il cronoprogramma per la messa in esercizio per la Rete dati e connessione a internet WiFi per Le Case della Comunità di Malles, Prato allo Stelvio, Naturno, Lana, Chiusa, Bressanone, Picolein, San Candido. La rete è funzionante in almeno due delle sedi indicate entro il 31.12.2025 2. I nuovi Moduli Software "Pronto soccorso" e "Order Entry" sono funzionanti al 100% nel comprensorio sanitario di Bressanone entro il 31/12/2025 3. I Moduli Software Cartella Clinica di Ricovero sono funzionanti in tutti i reparti entro il 31/12/2025 presso l'ospedale di Bolzano e di Merano. 4. I Moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale", il Modulo "NGH - PSM (Prescrizione- Somministrazione- Monitoraggio)" sono funzionanti al 100% entro il 31/12/2025 nel comprensorio sanitario di Bressanone 5. Il Modulo Software NGH-CUP "Centro Unico di Prenotazione è diffuso nel Comprensorio di Merano, per la gestione dei pazienti interni, entro il 31.12.2025 6. Il modulo delle Sale Operatorie è operativo nel comprensorio di Bressanone e di Brunico entro il 31/12/2025. 7. I partner privati accreditati e convenzionati alimentano il flusso NPJA entro il 31/12/2025.	1. Attivata rete Wifi nelle sedi di Piccolino, Bressanone, Chiusa e Vipiteno. Trasmesso progetto e crono programma al Direttore Amministrativo in data 10.12.2025. 2. A seguito di una richiesta della Direzione di Comprensorio di Bressanone la programmazione di tale intervento è stata posticipata dalla Direzione Aziendale al mese di marzo 2026, ma le attività tecniche preliminari funzionali all'avvio, sono state comunque svolte entro le scadenze previste. 3. I nuovi moduli di Cartella Clinica di ricovero sono funzionanti in tutti i reparti degli ospedali di Bolzano, Merano e Silandro. 4. I nuovi moduli Software Cartella Clinica Ambulatoriale "NGH - CCE ambulatoriale", il Modulo "NGH - PSM (Prescrizione- Somministrazione- Monitoraggio)" sono funzionanti nel 75% degli ambulatori degli ospedali del comprensorio sanitario di Bressanone; 5. NGH_CUP per pazienti ricoverati. Attivato nel comprensorio di Merano presso l'ospedale di Silandro. 6. Il modulo nuovo software delle Sale Operatorie è operativo nel comprensorio di Bressanone e di Brunico. 7. Nel mese di novembre è stato effettuato il primo caricamento dei dati NPJA rendicontati dal Servizio aziendale di psichiatria e psicoterapia dell'età evolutiva all'interno di CUPWeb. Avendo riscontrato numerosi errori nella configurazione della piattaforma di accoglienza provinciale, risolti solo in data 30 dicembre 2025, si procederà al caricamento dei dati nel mese di gennaio 2026. Per la parte derivante dai privati convenzionati, è stato messo a loro disposizione il sistema di rendicontazione ma manca un accordo contrattuale per garantire lo svolgimento dell'attività necessaria. 1. Projekt und Zeitplan für die Inbetriebnahme des Datennetzes und der WLAN-Internetverbindung für die Gemeinschaftshäuser in Mals, Prad am Stilfserjoch, Naturns, Lana, Klausen, Brixen, Pikolein und Innichen festgelegt. Das Netz ist in den Einrichtungen von Klausen, Brixen, Piccolein und Sterzing funktionsfähig. 2. Aufgrund einer Anfrage der Bezirksdirektion Brixen wurde die Planung dieser Maßnahme von der Unternehmensleitung auf März 2026 verschoben. Die für den Start erforderlichen technischen Vorarbeiten wurden jedoch innerhalb der vorgesehenen Fristen durchgeführt. 3. Die Softwaremodule für die Patientenakte für stationäre Aufenthalte sind in allen Abteilungen der Krankenhäuser Bozen und Meran funktionsfähig. 4. Die Softwaremodule für die Ambulante Patientenakte „NGH – CCE ambul“ sowie das Modul „NGH – PSM (Verschreibung – Verabreichung – Monitoring)“ sind zu 75 % im Gesundheitsbezirk Brixen funktionsfähig. 5. Das Softwaremodul „NGH – CUP“ (Einheitliche Vormerkungsstelle) ist im Krankenhaus Schländers vom Gesundheitsbezirk Meran für die Verwaltung interner Patient:innen eingeführt. 6. Das Modul zur Verwaltung der Operationssäle ist im Gesundheitsbezirk Brixen und Bruneck in Betrieb. 7. Im November wurde die erste Übertragung der NPJA-Daten vorgenommen, die vom Betrieblichen Dienst für Kinder- und Jugendpsychiatrie innerhalb von CUPWeb gemeldet wurden. Da zahlreiche Fehler in der Konfiguration der provincialen Empfangsplattform festgestellt wurden, die erst am 30. Dezember 2025 behoben wurden, wird die Datenübertragung im Januar 2026 erfolgen. Für den Teil, der von privaten Vertragspartnern stammt, wurde ihnen das Berichtssystem zur Verfügung gestellt, es fehlt jedoch eine vertragliche Vereinbarung, um die Durchführung der erforderlichen Aktivitäten zu gewährleisten.
					1. Die neuen Software-Module ADT und Abteilungsleitung sind innerhalb 31.12.2025 im Gesundheitsbezirk Brixen und innerhalb 30.06.2026 im Gesundheitsbezirk Bruneck zu 100% funktionsfähig 2. Die neuen Software-Module "Notaufnahme-Pronto soccorso" und "Order Entry" sind innerhalb 31.12.2025 im Gesundheitsbezirk Brixen und innerhalb 30.06.2026 im Gesundheitsbezirk Bruneck zu 100% funktionsfähig 3. Die Software-Module Patientenakte für stationäre Aufenthalte und Pflege sind innerhalb 31.03.2025 im Krankenhaus Bozen, innerhalb 30.07.2025 im Krankenhaus Meran, innerhalb 31.12.2025 im Gesundheitsbezirk Brixen und innerhalb 30.06.2026 im Gesundheitsbezirk Bruneck zu 100% funktionsfähig 4. Die Software-Module Ambulante Patientenakte "NGH - CCE", das Modul "NGH - PSM (Verschreibung- Verabreichung- Überwachung)" sind innerhalb 31.12.2025 im Gesundheitsbezirk Brixen und innerhalb 30.06.2026 im Gesundheitsbezirk Bruneck zu 100% funktionsfähig 5. Das Software-Modul NGH - CUP "Einheitliche Vormerkungsstelle" ist innerhalb 31.12.2025 im ganzen Sanitätsbetrieb verbreitet 6. Das Modul der Operationssäle wird innerhalb 30.06.2025 im Gesundheitsbezirk Brixen und innerhalb 30.09.2025 im Gesundheitsbezirk Bruneck funktionsfähig 7. Die privaten vertragsgebundenen Einrichtungen verwenden innerhalb 30.06.2025 die Systeme (NGH - CCE ambul) und speisen die NPJA-Datenfluss ein.	1. Bis zum 31. Dezember 2025 wird das Projekt und der Zeitplan für die Inbetriebnahme des Datennetzes und der WLAN-Internetverbindung für die Gemeinschaftshäuser in Mals, Prad am Stilfserjoch, Naturns, Lana, Klausen, Brixen, Pikolein und Innichen festgelegt. Das Netz ist bis zum 31.12.2025 in mindestens zwei der genannten Einrichtungen funktionsfähig. 2. Die neuen Softwaremodule „Pronto Soccorso" (Notaufnahme) und „Order Entry" sind bis zum 31.12.2025 zu 100 % im Gesundheitsbezirk Brixen funktionsfähig. 3. Die Softwaremodule für die Patientenakte für stationäre Aufenthalte sind bis zum 31.12.2025 in allen Abteilungen der Krankenhäuser Bozen und Meran funktionsfähig. 4. Die Softwaremodule für die Ambulante Patientenakte „NGH – CCE ambul“ sowie das Modul „NGH – PSM (Verschreibung – Verabreichung – Monitoring)“ sind bis zum 31.12.2025 zu 100 % im Gesundheitsbezirk Brixen funktionsfähig. 5. Das Softwaremodul „NGH – CUP“ (Einheitliche Vormerkungsstelle) ist bis zum 31.12.2025 im Gesundheitsbezirk Meran für die Verwaltung interner Patient:innen eingeführt. 6. Das Modul zur Verwaltung der Operationssäle ist bis zum 31.12.2025 im Gesundheitsbezirk Brixen und Bruneck in Betrieb. 7. Die akkreditierten und vertraglich gebundenen privaten Partner speisen bis zum 31.12.2025 den Datenfluss für die Kinder- und Jugendneuropsychiatrie (NPJA) ein.		

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeles Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
14		BSC	D.2	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione. D) Informationssysteme und Datenträger. Verbesserung der Kommunikation. 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. e secondo quanto previsto nel piano di adeguamento tecnologico della Provincia e approvato dal ministero. Elektronische Gesundheitsakte. 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 Einführung des FSE 2.0 und wie im technologischen Anpassungsplan des Landes dargelegt und vom Ministerium genehmigt.	Fascicolo Sanitario Elettronico. 1. Utilizzo delle funzionalità del "Portale per collaboratori dei documenti sanitari dematerializzati- Personale medico" da parte dei medici dell'Azienda Sanitaria (gestione accordi di consultazione del FSE per conto di pazienti, consulenza/riciamo 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. e secondo quanto previsto nel piano di adeguamento tecnologico della Provincia e approvato dal ministero. 3. Aumento dal 10% (indagine del Ministero) al 20% dei cittadini che hanno dato la loro autorizzazione alla consultazione del FSE. 4. L'85% dei MMG PLS invia il Patient Summary al Fascicolo Sanitario Elettronico entro il 30.11.2025 (Target PNRR). 1. Treffen zur Vorstellung der FSE-Datenabfragefunktionen wurden mit Ärzten des Krankenhaus und des Territoriums sowie mit Hausärzten und territorialen Apothekern abgehalten 2. Betriebssysteme, darunter auch das Analyselabor, übermitteln dem FSE die Unterlagen und Daten gemäß den in den Spezifikationen des FSE 2.0 vorgesehenen Standards und unter Einhaltung der im ROP (Regionaler Operationsplan) des PNRRs festgelegten Zeitpläne und wie im technologischen Anpassungsplan des Landes dargelegt und vom Ministerium genehmigt 3. Erhöhung des Prozentsatzes der Bürger, die ihre Zustimmung zur Konsultation des FSE gegeben haben, von 10% (Umfraege des Ministeriums) auf 20%. 4. 85% der Haus- und Kinderärzte übermitteln innerhalb 30.11.2025 die Patientenzusammenfassung an den FSE (Target PNRR).		1) Le formazioni previste dalla Missione 6 del PNRR relative al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sono rivolte espressamente anche a medici dipendenti in ospedale e territorio, ai medici di medicina generale e ai farmacisti territoriali. Nell'ambito della strategia di digitalizzazione dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige sono stati formati inizialmente dei Key-User, tra cui a medici dipendenti in ospedale e territorio, ai medici di medicina generale e ai farmacisti territoriali. Il programma formativo comprende diversi moduli, tra cui uno introduttivo sul FSE 2.0 e moduli avanzati che illustrano i vantaggi per il personale sanitario. Il modulo 2/3 affronta la prospettiva del paziente e i benefici attesi per i professionisti. I contenuti sono stati elaborati insieme ai medici dipendenti in ospedale e territorio, ai medici di medicina generale e ai farmacisti territoriali. Tutti i medici dipendenti in ospedale e territorio, ai medici di medicina generale e ai farmacisti territoriali sono stati informati tramite comunicazioni dedicate. L'accesso ai moduli avviene tramite la piattaforma ECM e le formazioni sono fondamentali per l'uso corretto del FSE e per il raggiungimento degli obiettivi del PNRR. Le misure fanno parte di un ampio piano di sviluppo e formazione volto a rafforzare le competenze digitali. 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 e secondo quanto previsto nel piano di adeguamento tecnologico della Provincia e approvato dal ministero. 3) In relazione al punto 3 si fanno rilevare le seguenti attività svolte dalla Ripartizione e dagli Uffici che la compongono. Nel dettaglio - dopo avere nuovamente confermato quanto più volte discusso con l'Assessorato ovvero che la comunicazione al cittadino avviene a cura della Provincia - si è svolta su nostra iniziativa una riunione il 29 luglio 2025. A seguito di questa riunione l'Agenzia di stampa e comunicazione PAB ha ripreso la campagna informativa al cittadino a partire da fine agosto. Tale campagna è stata da SABES affiancata e completata con azioni precedenti e successive. Di seguito un elenco: Video storytelling per youtube e social presentato in autunno 2025 e curato dall'Ufficio comunicazione della salute Diffusione del citato video sui canali interni aziendali (Ospedali, distretti etc. dove tecnicamente possibile) Pagina speciale sul tema sui 4 quotidiani su tema FSE e suoi vantaggi (con invito al consenso): 26 luglio 2026 Invio materiale informativo agli Ospedali + Distretti etc. Newsletter aprile ONE di luglio (convegno FSE) ONE di novembre: Per grafica campagna consenso al FSE di PAB Evento DigitalNow provinciale a margine della Fiera di autunno: partecipazione con invito alla adesione tramite video di stoytelling Questa intensa attività di supporto comunicativo ha contribuito a fare raggiungere l'obiettivo. Attualmente è il 39% la percentuale di cittadini e cittadine che hanno prestato il consenso alla consultazione del FSE (media ITA 43%). 4) Il numero concreto di MMG e PLS che hanno inviato il PS al FSE non è noto all'ufficio cure primarie. Lo stesso ufficio ha sollecitato con una molteplicità di circolari i MMG e PLS nonchè in occasione dei comitati aziendali ad assolvere loro a tale obbligo contrattuale. La tematica è stata trattata anche in occasione delle trattative in corso per il nuovo accordo integrativo provinciale.
							1) Die im Rahmen der Mission 6 des PNRR vorgesehenen Schulungen zur elektronischen Gesundheitsakte (EGA/FSE) richten sich ausdrücklich an bedienstete Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus und Territorium, Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und territoriale Apothekerinnen und Apotheker. Im Zuge der Digitalisierungsstrategie des Südtiroler Sanitätsbetriebes wurden zunächst Key-User geschult, darunter bedienstete Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus und Territorium, Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und territoriale Apothekerinnen und Apotheker. Das Programm umfasst mehrere Module, darunter ein Basis-modul zur Einführung in die EGA 2.0 sowie weiterführende Module zu den Vorteilen für Gesundheitsfachkräfte. Modul 2/3 behandelt die Patientenperspektive und die erwarteten Vorteile für Fachpersonal. Die Inhalte wurden gemeinsam mit den bedienstete Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus und Territorium, Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und territoriale Apothekerinnen und Apotheker erarbeitet. Alle bedienstete Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus und Territorium, Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin und territoriale Apothekerinnen und Apotheker wurden gezielt über den Start der Module informiert. Der Zugang erfolgt über die E-Learning-Plattform des ECM-Portals, und die Schulungen sind entscheidend für die korrekte Nutzung der EGA sowie für das Erreichen der PNRR-Ziele. Die Maßnahmen sind Teil eines umfassenden Entwicklungs- und Fortbildungsplans zur Stärkung digitaler Kompetenzen. 2) Betriebssysteme, darunter auch das Analyselabor, übermitteln dem FSE die Unterlagen und Daten gemäß den in den Spezifikationen des FSE 2.0 vorgesehenen Standards und unter Einhaltung der im ROP (Regionaler Operationsplan) des PNRRs festgelegten Zeitpläne und wie im technologischen Anpassungsplan des Landes dargelegt und vom Ministerium genehmigt. 3) Bezugnehmend auf Punkt 3 werden im Folgenden die von der Abteilung und den ihr angehörenden Ämtern durchgeführten Tätigkeiten dargestellt. Im Detail wurde von Seite des Assesorats erneut bestätigt, was bereits mehrfach besprochen worden war, nämlich dass die Kommunikation an die Bürgerinnen und Bürger in der Verantwortung des Landes liegt. wurde auf unsere Initiative hin am 29. Juli 2025 eine Sitzung abgehalten. Infolge dieser Sitzung hat die Landesagentur für Presse und Kommunikation (PAB) die Informationskampagne für die Bürgerinnen und Bürger ab Ende August wieder aufgenommen. Diese Kampagne wurde von SABES durch vorhergehende und nachfolgende Maßnahmen begleitet und ergänzt. Nachstehend eine Auflistung: Video-Storytelling für YouTube und soziale Medien, präsentiert im Herbst 2025 und betreut vom Amt für Gesundheitskommunikation Verbreitung des genannten Videos über die internen Unternehmenskanäle (Krankenhäuser, Sprengel usw., wo technisch möglich) Sonderseite zum Thema in den vier Tageszeitungen zur EGA und seinen Vorteilen (mit Einladung zur Zustimmung): 26. Juli 2026 Versand von Informationsmaterial an Krankenhäuser, Sprengel usw. Newsletter im April ONE im Juli (FSE-Tagung) ONE im November: PR- und Grafikmaßnahmen zur Einwilligungskampagne zum FSE der PAB Veranstaltung der Landesverwaltung „DigitalNow“ im Rahmen der Herbstmesse: Teilnahme mit Einladung zur Zustimmung mittels Storytelling-Video Diese intensive Kommunikations- und Unterstützungsarbeit hat zur Erreichung des Ziels beigetragen.Prozentsatz der BürgerInnen, die ihre Zustimmung zur Konsultation der EGA gegeben habeni liegt Ende 2025 bei 39 % (italienischer Durchschnitt: 43 %). 4) Die konkrete Anzahl der ÁFAM und KÁFw die das PS an die EGA geschickt haben ist dem Amt für Grund- und wohnortnahe Versorgung nicht bekannt. Genanntes Amt hat in einer Reihe von Rundschreiben sowie auch im Rahmen mehrerer Sitzung der Betriebsbeirat die ÁFAM und KÁFw an diese ihre vertragliche Verpflichtung hingewiesen. Die Thematik wurde auch im Rahmen der laufenden Verhandlungen zum neuen Landeszusatzvertrag besprochen.
15		BSC	D.3	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione. D) Informationssysteme und Datenträger. Verbesserung der Kommunikation. Implementazione dei sistemi informatici relativi al PNRR. 1. Estensione dell'utilizzo della piattaforma informatica per le Centrali Operative Territoriali (COT) 2. Corretta e completa alimentazione del flusso SICOF per i consultori familiari pubblici e privati 3. Gestione informatizzata di almeno due dei quattro Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) nelle case della comunità. Umsetzung von PNRR-Informationssystemen. 1. Ausweitung der Nutzung der IT-Plattform für die wohnortnahe Einsatzzentralen (WONE) 2. Korrekte und vollständige Einspeisung des SICOF-Datenflusses für öffentliche und private Familienplanungszentren 3. Computergestützte Verwaltung von mindestens zwei der vier diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfade (DTBP) in den Gemeindehäusern	1. È esteso l'utilizzo della piattaforma COT per la gestione di ulteriori setting assistenziali (trasferimento in letti intermedi, trasferimento in strutture convenzionate) 2. Il flusso SICOF è alimentato a regime dai CF privati e pubblici 3. È avviata la gestione informatizzata di due PDTA nelle case della comunità, di cui all'obiettivo A1 punto 1. 1. Die Nutzung der WONE-Plattform für die Verwaltung zusätzlicher Betreuungsarten (Verlegung in Übergangsbetten, Verlegung in vertragsgebundene Einrichtungen) wird ausgeweitet 2. Der SICOF-Datenfluss wird vollständig von privaten und öffentlichen Familienberatungsstellen gespeist 3. Die computergestützte Verwaltung von zwei DTBP in Gemeinschaftsunterkünften, wie in Ziel A1 Punkt 1 erwähnt, wird in Angriff genommen.	TESTO BSC RINEGOZIATO: 1. È esteso l'utilizzo della piattaforma COT per la gestione di ulteriori setting assistenziali (trasferimento in letti intermedi, trasferimento in strutture convenzionate) 2. Il flusso SICOF è alimentato a regime dai CF privati e pubblici 3. È avviata la gestione informatizzata di un PDTA nelle case della comunità, di cui all'obiettivo A1 punto 1. 1. Die Nutzung der WONE-Plattform für die Verwaltung zusätzlicher Betreuungsarten (Verlegung in Übergangsbetten, Verlegung in vertragsgebundene Einrichtungen) wird ausgeweitet 2. Der SICOF-Datenfluss wird vollständig von privaten und öffentlichen Familienberatungsstellen gespeist. 3. Die digitale Verwaltung eines diagnostisch-therapeutischen Betreuungspfades (DTBP) wird in den Gemeinschaftshäusern gemäß Ziel A1, Punkt 1 gestartet.	1. L'utilizzo della piattaforma COT è stato esteso per la gestione dei seguenti ulteriori setting assistenziali: a) trasferimento in letti intermedi, b) trasferimento in strutture convenzionate. 2. Il flusso SICOF è alimentato a regime dai CF privati. Per i CF pubblici non sono mai state definite le attività da rendicontare con il nuovo software. Il sistema è già predisposto per la produzione di tale flusso. 3. Nel 2025 è stato configurato ed evoluto il nuovo applicativo per la gestione informatizzata del PDTA BPCO, con interventi tecnici mirati ad ampliarne le funzionalità e l'integrazione. Restano tuttavia aperte alcune criticità, in particolare sul coinvolgimento dei MMG, sulla gestione degli accessi e della privacy per utenti esterni e sull'allineamento con le soluzioni già utilizzate dal servizio pneumologico. 1. Die Nutzung der WONE-Plattform wurde für die Verwaltung folgender zusätzlicher Betreuungsarten ausgeweitet: a) Verlegung in Übergangsbetten, b) Verlegung in vertragsgebundene Einrichtungen. 2. Der SICOF-Datenfluss ist vollständig von privaten Familienberatungsstellen gespeist. Für öffentliche Familienberatungsstellen wurden die mit der neuen Software zu meldenden Aktivitäten nie definiert. Das System ist bereits für die Erstellung dieses Datenflusses vorbereitet. 3. Im Jahr 2025 wurde die neue Anwendung für die computergestützte Verwaltung des PDTA BPCO konfiguriert und weiterentwickelt, wobei technische Maßnahmen zur Erweiterung der Funktionen und der Integration durchgeführt wurden. Einige kritische Punkte bleiben jedoch offen, insbesondere hinsichtlich der Einbeziehung der Hausärzte, der Verwaltung der Zugriffe und des Datenschutzes für externe Nutzer sowie der Angleichung an die bereits von der Pneumologie verwendeten Lösungen.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuverhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
16	BSC	D.4	D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione. D) Informationssysteme und Datenträger. Verbesserung der Kommunikation.	Sviluppo della Telemedicina. Operatività della piattaforma di telemedicina sul territorio provinciale (Televisita, Teleconsulto oncologico, Telecontrollo e Teleconsulto dei dispositivi impiantabili in cardiologia, Teleassistenza, Telemonitoraggio dei pazienti diabetici) Entwicklung der Telemedizin. Betrieb der telemedizinischen Plattform auf dem Landesgebiet (Televisita, Telekonsultation in der Onkologie, Telekontrolle und Telekonsultation von implantierbaren Geräten in der Kardiologie, Teleassistenz, Telemonitoring von Diabetikern)	TESTO BSC: 1. 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 FSE 2. I pazienti con patologie cardiache e i diabetici sono trattati/assistiti con iniziative di telemedicina (telemonitoraggio, televisita...) 1. Die Infrastruktur wird entsprechend den nationalen Vorgaben umgesetzt, was die Interoperabilität der Prozesse für den Austausch von Gesundheitsdaten auf einem Niveau der horizontalen Integration zwischen den Strukturen und der vertikalen Integration ermöglicht, so dass die Daten in den FSE fließen können 2. Patienten mit chronischen Herzkrankheiten und Diabetiker werden durch telemedizinische Initiativen (Telemonitoring, Televisiten...) behandelt/unterstützt.		1) Nel corso del 2025, la piattaforma di telemedicina della Provincia Autonoma di Bolzano ha potenziato la sua operatività, in linea con le indicazioni nazionali e gli obiettivi PNRR. La piattaforma "Pohema", sviluppata in collaborazione con la software house GPI, consente dopo collaudo ministeriale l'interoperabilità dei processi di scambio dati sanitari verso il portale nazionale (PNT). Inoltre, l'interoperabilità è attualmente sia in orizzontale tra strutture che in verticale: comunica infatti con l'anagrafica aziendale e con il sistema informativo NGH, nonché indirettamente, con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE). I referti generati nel sistema informativo aziendale NGH vengono riversati automaticamente nel FSE, mentre i dati provenienti da portali terzi sono ancora caricati manualmente sul portale ufficiale. Durante l'anno, sono stati consolidati gli assetti di governance e rafforzate le risorse IT dedicate. Per il telemonitoraggio, sono stati intrapresi contatti con Croce Bianca per istituire il Centro Servizi, nell'ottica di gestire help desk, monitoraggio dispositivi e formazione all'uso dei dispositivi. 2) Telemonitoraggio attuale di assistiti in diabetologia e cardiologia Diabetologia: Nel 2025, il telemonitoraggio dei pazienti diabetici (tipo 1 e 2) è stato consolidato: i pazienti autorizzati ed equipaggiati con dispositivi (infusori, glucometri) sono monitorati dal prescrittore secondo la patologia. La rendicontazione dei pazienti avviene tramite il portale PNT, in conformità con il Decreto Ministeriale 19.02.2025. Il gruppo di lavoro diabetologia ha collaborato attivamente per l'implementazione dei percorsi e la formazione degli operatori. Cardiologia: Per i pazienti cardiologici, il telemonitoraggio è gestito tramite centrale di telemonitoraggio cardiologico situata nell'ospedale di Bolzano, mentre la rendicontazione dei pazienti monitorati è attualmente ancora manuale. È previsto di operare la presa in carico su piattaforma Pohema. È stata avviata la collaborazione con il reparto di cardiologia e con i referenti dell'applicativo Medarchiver della cardiologia per la gestione delle rendicontazioni. 1) Im Laufe des Jahres 2025 hat die Telemedizin-Plattform der Autonomen Provinz Bozen ihre Einsatzfähigkeit weiter ausgebaut – im Einklang mit den nationalen Vorgaben und den Zielen des PNRR. Die Plattform „Pohema“, die in Zusammenarbeit mit dem Softwareunternehmen GPI entwickelt wurde, ermöglicht nach ministeriellem Abnahmetest die Interoperabilität der Prozesse zum Austausch von Gesundheitsdaten mit dem nationalen Portal (PNT). Darüber hinaus ist die Interoperabilität derzeit sowohl horizontal zwischen den Strukturen als auch vertikal gegeben: Die Plattform kommuniziert nämlich mit der Unternehmens-Anagrafik und mit dem Informationssystem NGH sowie indirekt mit der Elektronischen Gesundheitsakte (FSE). Die im Unternehmens-Informationssystem NGH erzeugten Befunde werden automatisch in die FSE übertragen, während Daten aus Drittportalen derzeit noch manuell in das offizielle Portal hochgeladen werden. Im Laufe des Jahres wurden die Governance-Strukturen konsolidiert und die dafür vorgesehenen IT-Ressourcen gestärkt. Für das Telemonitoring wurden Kontakte mit dem Weißen Kreuz aufgenommen, um ein Service-Center einzurichten, das künftig Helpdesk, Geräteüberwachung und Schulung zur Nutzung der Geräte übernehmen soll. 2) Aktuelles Telemonitoring von Patientinnen und Patienten in der Diabetologie und Kardiologie Diabetologie: Im Jahr 2025 wurde das Telemonitoring von Diabetespatientinnen und -patienten (Typ 1 und 2) weiter konsolidiert: Die autorisierten und mit Geräten (Insulinpumpen, Blutzuckermessgeräten) ausgestatteten Patientinnen und Patienten werden je nach Krankheitsbild von der verordnenden Fachperson überwacht. Die Abrechnung der Patientinnen und Patienten erfolgt über das PNT-Portal, in Übereinstimmung mit dem Ministerialdekret vom 19.02.2025. Die Arbeitsgruppe Diabetologie hat aktiv an der Umsetzung der Versorgungsprozesse und an der Schulung der Mitarbeitenden mitgewirkt. Kardiologie: Für kardiologische Patientinnen und Patienten wird das Telemonitoring über die kardiologische Telemonitoring-Zentrale im Krankenhaus Bozen durchgeführt, während die Abrechnung der überwachten Personen derzeit noch manuell erfolgt. Vorgesehen ist, die Aufnahme der Patientinnen und Patienten künftig über die Plattform Pohema abzuwickeln. Die Zusammenarbeit mit der Kardiologieabteilung und den Verantwortlichen der Anwendung „Medarchiver“ der Kardiologie zur Verwaltung der Abrechnungen wurde bereits aufgenommen.
17	BSC	E.1	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera. Controllo della qualità e degli esiti. E) Verbesserte Vernetzung in der Krankenhausversorgung. Kontrolle der Qualität und der Ergebnisse.	Sviluppo sistema di controllo qualità delle strutture pubbliche e private in attuazione della nuova legge sulla concorrenza L. 118 del 05/08/2022 e DM 19/12/2022. 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. Entwicklung des Systems zur Qualitätskontrolle öffentlicher und privater Einrichtungen zur Umsetzung des neuen Wettbewerbsgesetzes Gesetz Nr. 118 vom 05.08.2022 und M.D. 19.12.2022. Pünktlichkeit und Vollständigkeit bei der Erstellung des Bedafs und von Verträgen mit akkreditierten privaten Einrichtungen. Verfeinerung des Modells der Qualitätskontrolle, Ergebnisse für öffentliche und private Einrichtungen.	TESTO BSC: 1. È stata elaborata assieme alla Ripartizione Salute la disciplina per l'attuazione degli indicatori di valutazione per la selezione delle strutture private accreditate ai fini della stipula di accordi contrattuali, approvati con Deliberazione della Giunta Provinciale. 2. È stata effettuata la valutazione degli indicatori in termini di qualità, sicurezza ed appropriatezza delle attività erogate da erogatori privati accreditati utile alla selezione dei soggetti privati ai fini della stipula dei nuovi accordi contrattuali, descrivendo i rispettivi esiti e le motivazioni delle decisioni finali relative all'assegnazione degli accordi contrattuali in un'apposita relazione 1. Gemeinsam mit der Abteilung Gesundheit wurden Regeln für die Anwendung von Bewertungsindikatoren für die Auswahl zugelassener privater Einrichtungen zum Zwecke des Abschlusses vertraglicher Vereinbarungen ausgearbeitet und mit dem Beschluss der Landesregierung genehmigt. 2. Die Bewertung der Indikatoren in Bezug auf Qualität, Sicherheit und Angemessenheit der von den akkreditierten privaten Anbietern erbrachten Leistungen, die für die Auswahl privater Einrichtungen für den Abschluss neuer vertraglicher Vereinbarungen nützlich sind, wurde durchgeführt, wobei die jeweiligen Ergebnisse und die Gründe für die endgültigen Entscheidungen über die Vergabe vertraglicher Vereinbarungen in einem Sonderbericht beschrieben wurden.		1) Il sistema di controllo di qualità delle strutture pubbliche e private è stato sviluppato in collaborazione con la ripartizione Salute dell'assessorato nel rispetto dei decreti ministeriali emanati i controlli sono indirizzati a garantire la sicurezza della prestazione, appropriatezza del paziente, utile per nuovi accreditamenti. 2) Gli indicatori per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti indicando la presenza o assenza di defibrillatore, erogazione sicura dei farmaci e qualità dei servizi sempre da paragonare con le strutture pubbliche ritenute come standard e non dovranno essere presenti differenze. Una apposita relazione in merito alle attività svolte è in preparazione da inviare all'assessorato. 1) Das Qualitätssicherungssystem der öffentlichen und privaten Einrichtungen wurde in Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheit des Assessorats entwickelt, unter Einhaltung der erlassenen Ministerialdekrete. Die Kontrollen zielen darauf ab, die Sicherheit der Leistungen und die Angemessenheit für die Patientinnen und Patienten zu gewährleisten und sind zudem nützlich für neue Akkreditierungen. 2) Die Indikatoren hinsichtlich der Patientensicherheit, welche das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein eines Defibrillators, die sichere Arzneimittelabgabe und die Qualität der Dienstleistungen betreffen, sind stets mit den als Standard betrachteten öffentlichen Einrichtungen zu vergleichen; es dürfen keine Unterschiede bestehen. Ein entsprechender Bericht über die durchgeführten Tätigkeiten ist in Vorbereitung und wird an das Assessorat übermittelt
18	BSC	E.2	E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera. Controllo della qualità e degli esiti. E) Verbesserte Vernetzung in der Krankenhausversorgung. Kontrolle der Qualität und der Ergebnisse.	Perfezionamento delle reti tempodipendenti. Miglioramento dell'assistenza nell'ambito delle reti tempodipendenti attraverso l'elaborazione e il monitoraggio di PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali). Perfektionierung zeitabhängiger Netzwerke. Verbesserung der Versorgung in zeitabhängigen Netzwerken durch die Entwicklung und Überwachung von DTBP.	TESTO BSC: 1. Sono definiti e approvati i PDTA per la rete cardiologica, per la neonatologia e la traumatologia. 2. 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 Betreuungspfade für das Kardiologienetz, Neonatologie und die Traumatologie sind definiert und genehmigt. 2. Die Betreuungspfade der zeitabhängigen Netzwerke werden überwacht und es wird der jährliche Bewertungsbericht erstellt (gemäß den Richtlinien vom 24.01.2018).		1. I quattro percorsi clinici delle reti tempodipendenti (neonatologia, STEMI, ictus, traumi gravi) sono stati implementati e funzionano nella pratica clinica quotidiana con grande soddisfazione di tutti gli attori coinvolti. L'Alto Adige si trova in una posizione molto buona nel confronto nazionale ed europeo; si vedano i dati ufficiali di AGENAS, che vengono pubblicati e presentati annualmente. L'approvazione formale per i restanti due dei quattro percorsi clinicamente attivi per il paziente (STEMI, trauma grave), che sono stati completamente sviluppati dai clinici, dovrebbe essere data tempestivamente dalla Direzione Aziendale. 2. I percorsi dei pazienti delle reti a tempo critico neonatologia, STEMI e traumi gravi sono monitorati dai responsabili clinici. La relazione è stata inviata alla Direzione. 1. Die vier Patientenpfade der zeitkritischen Netzwerke (Neonatologie, STEMI, Stroke, schweres Trauma) sind implementiert und funktionieren im klinischen Alltag zur hohen Zufriedenheit aller Beteiligten. Im mitteleuropäischen, wie nationalen Vergleich steht Südtirol sehr gut da, siehe dazu die offiziellen Daten der AGENAS, die jährlich veröffentlicht und vorgestellt werden. Die formelle Freigabe für die restlichen zwei der vier klinisch aktiven Patientenpfade (STEMI, schweres Trauma), die von Seiten der Kliniker vollständig ausgearbeitet sind, sollte zeitnahe durch die Betriebsdirektion erfolgen. 2. Die Patientenpfade der zeitkritischen Netzwerke Neonatologie, STEMI und schweres Trauma werden von den klinisch Verantwortlichen überwacht. Der Bericht wurde an die Direktion übermittelt.

Nr.	Fon te Que lle	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
19		BSC	E.3 E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera. Controllo della qualità e degli esiti. E) Verbesserte Vernetzung in der Krankenhausversorgung. Kontrolle der Qualität und der Ergebnisse.	Rafforzamento rete oncologica. Nuova proposta di sviluppo della rete oncologica provinciale e attivazione del Molecular Tumor Board. Stärkung des onkologischen Netzwerk. Neuer Entwicklungsvorschlag des onkologischen Landesnetzwerkes und Inbetriebnahme von Molecular Tumor Board.	TESTO BSC: 1. È elaborata la proposta di sviluppo della rete oncologica provinciale 2. Sono avviati i lavori per lo sviluppo del Molecular Tumor Board (MTB) regionale. 1. Der Entwicklungsvorschlag des onkologischen Landesnetzwerk wird ausgearbeitet 2. Die Arbeiten zur Entwicklung des Molecular Tumor Board (MTB) werden beginnen.		1) In data 09.12.2025 è stata presentata al Direttore Sanitario la proposta di rete oncologica provinciale (ROAA), specificandone il modello organizzativo, gli obiettivi e le azioni operative da intraprendere. 2) Sono stati organizzati incontri con gli stakeholders regionali, è stato condiviso un piano triennale di attività nel nuovo Patto di Confine, è stato definito un gruppo di lavoro ed è stato individuato un project manager che supporti sul piano organizzativo. 1) Am 09.12.2025 wurde der Vorschlag für ein provinzielles Onkologienetzwerk (ROAA) dem Gesundheitsdirektor vorgestellt. Darin wurden das Organisationsmodell, die Ziele und die durchzuführenden operativen Maßnahmen spezifiziert. 2) Es wurden Treffen mit regionalen Akteuren organisiert, ein Dreijahresplan für Aktivitäten im Rahmen des neuen Grenzpakts wurde vorgestellt, eine Arbeitsgruppe wurde definiert und ein Projektleiter zur organisatorischen Unterstützung benannt.
20		POA	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	DIP/FVCO Implementazione della rete dei Consulitori familiari. 1. Riorganizzazione consultori pubblici 2. Messa in rete dei consultori pubblici con i consultori privati e definizione scritta di chi fa cosa, con ridefinizione del fabbisogno 3. Implementazione a regime del flusso NSIS SICOF (Sistema informativo Consultori familiari) Einrichtung des Netzes der Familienberatungsstellen 1. Reorganisation der öffentlichen Beratungsstellen 2. Vernetzung der öffentlichen Beratungsstellen mit den privaten Beratungsstellen und schriftliche Festlegung der Zuständigkeiten mit Neudefinition des Bedarfs 3. Vollständige Umsetzung des NSIS SICOF (Informationssystem der Familienberatungsstellen)	1. È definita la struttura tecnico-organizzativa dei CF pubblici (HUB SPOKE) 2. E' definito il fabbisogno dei CF pubblici sulla base dei criteri-guida stabiliti dalla DGP 419/2024 (personale, prestazioni, accordi anche con CF privati) 3. Sistema informativo a regime con alimentazione sia da parte dei CF privati, sia dei CF pubblici 1. Die technische und organisatorische Struktur der öffentlichen Familienberatungsstelle ist definiert (HUB SPOKE) 2. Der Bedarf der öffentlichen Familienberatungsstellen ist auf der Grundlage der im BLR 419/2024 festgelegten Leitkriterien (Personal, Dienstleistungen, Vereinbarungen auch mit privaten Familienberatungsstelle) definiert. 3. Voll funktionsfähiges Informationssystem mit Eingabe vonseiten der privaten und öffentlichen Familienberatungsstellen		1. In tutte le sedi Comprensoriali sono stati identificati i Consulitori Familiari pubblici Hub e Spoke. Sono stati rilevati i Consulitori familiari privati convenzionati e sono state valutate le prestazioni di ciascuno: - Bolzano : Fabe, Aied, Kolbe, Arca, Mesocops - Bressanone e Vipiteno: Kolbe - Merano e Silandro: Lillith, Kolbe e Fabe - Brunico: Fabe. I consultori si avvalgono di un'equipe multidisciplinare costituita da: Ginecologo, Ostetrica, Psicologo e Assistente sociale, per garantire un approccio integrato ai bisogni dell'utenza. 2. Il fabbisogno dei Consultori è stato definito nel PAT Consultori di ciascun Comprensorio sanitario, come da criteri stabiliti dalla DGP 419/2024, che prevede l'integrazione tra le seguenti figure professionali: ginecologo, ostetrico, psicologico ed assistente sociale. Le prestazioni che dovranno essere garantite sono indicate nel nomenclatore che è stato approvato con DGP Nr.133 del 18/02/2025. 3. Il sistema informatico attraverso il gestionale Phoenix, è stato implementato a decorrere dal 03.6.2025, in tutti i Consultori privati accreditati che sono a regime. Mentre i Consultori pubblici, non sono a regime poiché sono presenti delle limitazioni che non permettono la condivisione dei dati tra i diversi ambiti, per un problema legato alla Privacy. Inoltre non è stato deciso quale gestionale implementare Phoenix o NGH o se utilizzarli entrambi, uno per i dati sanitari e l'altro per alimentare il flusso. Purtroppo per le su menzionate criticità non si è stati in grado di avere un sistema informativo a regime per i consultori pubblici, non imputabile ad un problema di tipo organizzativo. Dal momento che l'istituzione di un Consultorio pubblico è legato all'implementazione di gestionali e all'uso di programmi, che permettano la condivisione di dati sanitari tra i diversi professionisti coinvolti, non può essere imputabile ai referenti la mancata implemetazione del sistema informativo.
							1. In allen Gesundheitsbezirken wurden die öffentlichen Familienberatungsstellen Hub und Spoke identifiziert. Es wurden die privaten akkreditierte Familienberatungsstellen aufgelistet und die Leistungen jeder einzelnen bewertet: - Bozen: Fabe, Aied, Kolbe, Arca, Mesocops - Brixen und Sterzing: Kolbe - Meran und Schlanders: Lillith, Kolbe und Fabe - Bruneck: Fabe Die Beratungsstellen bedienen sich eines multidisziplinären Teams, bestehend aus Gynäkologen, Hebammen, Psychologen und Sozialassistenten, um eine Annäherungsweise jener Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer zu gewährleisten. 2. Der Bedarf der Beratungsstellen wurde im jeweiligen PAT (Beratungsplan) jedes Gesundheitsbezirks gemäß den Kriterien der DGP 419/2024 festgelegten, die die Integration folgender Berufsgruppen vorsehen: Gynäkologe, Hebamme, Psychologe und Sozialassistent. Die zu gewährleistenden Leistungen sind im Leistungsnnomenklatur festgelegt, der mit DGP Nr. 133 vom 18.02.2025 genehmigt wurde. 3. Das IT-System über die Verwaltungssoftware Phoenix wurde ab dem 03.06.2025 in allen akkreditierten privaten Einrichtungen, die nach dem Regime arbeiten implementiert. Die öffentlichen Beratungsstellen hingegen sind noch nicht voll funktionsfähig, da es aufgrund von Datenschutzproblemen Einschränkungen gibt, die den Datenaustausch zwischen den verschiedenen Bereichen verhindern.Zudem wurde noch nicht entschieden, welches Verwaltungssystem implementiert werden soll (Phoenix oder NGH), oder ob beide verwendet werden , eines für die Gesundheitsdaten und das andere zur Speisung der Datenflüsse. Aufgrund der oben genannten kritischen Punkte, war es bislang noch nicht möglich, für die öffentlichen Beratungsstellen ein voll funktionsfähiges Informationssystem einzuführen; diese Situation ist nicht auf organisatorische Probleme zurückzuführen. Da die Einrichtung einer öffentlichen Beratungsstelle an den Implementierung von Verwaltungssystemen und den Einsatz von Programmen gebunden ist, die den Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den beteiligten Fachkräften ermöglichen, kann die fehlende Implementierung des Informationssystems nicht den zuständigen Referenten angelastet werden.
21		POA	A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	Rafforzamento dell'assistenza per la salute mentale e dipendenze. 1. Ripresa dei lavori relativi all'attivazione di una Residenza sanitaria assistenziale (RSA) sociosanitaria per persone anziane, croniche non autosufficienti con dipendenze patologiche e psichiatriche. 2. Nuovo Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) 3. Pazienti adulti affetti dal Disturbo dello Spettro Autistico (DSA): PDTA e protocollo di cura Punto 3 rinegoziato 3. Protocollo di invio al cerchio /autos e Protocollo di trattamento presso la psichiatria adulti Stärkung der Betreuung zur psychischen Gesundheit und Abhängigkeit 1. Wiederaufnahme der Arbeiten zur Aktivierung eines sozio-sanitären RSA für ältere Personen, chronisch unselbstständige Patienten mit pathologischen und psychiatrischen Abhängigkeiten. 2. Neuer Nationaler Aktionsplan für psychische Gesundheit (NAPSM) 3. Erwachsene Patienten mit Autismus-Spektrum-Störung (ASD): PDTA und Behandlungsprotokoll 3. Punkt neuerhandelt: 3. Erwachsene Patienten mit Autismus-Spektrum-Störung (ASD): Protokoll der Zuweisung an der Kreis und Autos und Behandlungsprotokoll	1. È elaborato un progetto relativo all'attivazione di una RSA sociosanitaria per persone anziane, croniche non autosufficienti con dipendenze patologiche e psichiatriche, partendo dai lavori di programmazione del tavolo di lavoro finora svolti. 2. Le azioni previste dal nuovo PANSM sono state sottoposte ad una verifica ed una valutazione circa la loro possibile applicazione a livello provinciale. 3. È conclusa la stesura dei PDTA e del protocollo di cura per pazienti adulti affetti da DSA 1. Ausgehend von den bisherigen Planungsarbeiten des Arbeitstisches wird für ältere Personen, chronisch unselbstständige Patienten mit pathologischen und psychiatrischen Abhängigkeiten, ein Projekt für die Aktivierung eines sozio-sanitären RSA ausgearbeitet. 2. Die im neuen NAPSM vorgesehenen Maßnahmen wurden einer Überprüfung und Bewertung ihrer möglichen Anwendung auf Landesebene unterzogen. 3. Die Ausarbeitung von PDTAs und Behandlungsprotokollen für erwachsene Patienten mit ASDs ist abgeschlossen.	1. È elaborato un progetto relativo all'attivazione della presa in carico in una RSA sociosanitaria di Bolzano per persone anziane, croniche non autosufficienti di pazienti con dipendenze patologiche e doppia diagnosi, partendo dai lavori di programmazione del tavolo di lavoro finora svolti. a. Implementazione del progetto nel 2025 50% b. Workshop con operatori coinvolti, maggio 2025 25% c. Analisi risultati a luglio 2025 25% 2. Le azioni previste dal nuovo PANSM sono state sottoposte ad una verifica ed una valutazione circa la loro possibile applicazione a livello provinciale. 3. È conclusa la stesura del protocollo di invio al Cerchio e Autos e sono definiti i compiti per l'autismo nelle psichiatrie degli adulti 1. Ausgehend von den bisherigen Planungsarbeiten des Arbeitstisches wird für die Übernahme älterer Personen, chronisch unselbstständige Patienten mit pathologischen Abhängigkeiten und in doppelter Diagnose, ein Projekt für die Aktivierung in einer sozio-sanitären RSA ausgearbeitet (Projekt DUS). a. Implementierung des Projektes 2025 50% b. Workshop mit den involvierten Fachkräften, Mai 2025 25% c. Ergebnisanalyse 2025 25% 2. Die im neuen NAPSM vorgesehenen Maßnahmen wurden einer Überprüfung und Bewertung ihrer möglichen Anwendung auf Landesebene unterzogen. 3. Die Ausarbeitung von Protokoll Der Zuweisung an Autos und Der Kreis und Behandlungsprotokollen für erwachsene Patienten mit ASDs ist abgeschlossen.	Progetto Disturbo da uso di sostanze (RSA) 1. a) Avvio e realizzazione del progetto nel 2025, con completamento delle attività previste nella programmazione. Monitoraggio costante della fase di implementazione (nr. 4 SAL) b) Organizzazione di workshop e altri eventi formativi per gli operatori nel corso del 2025. Coinvolgimento diretto del personale nelle attività progettuali e cliniche. c) Valutazione dei risultati raggiunti nel luglio 2025 e dicembre 2025. Analisi dell'efficacia delle azioni intraprese con aggiustamenti in itinere. 2. Poiché il nuovo PANSM è stato approvato solo il 18 dicembre e sarà a disposizione nel gennaio 2026, le misure in esso contenute non hanno potuto essere valutate per quanto riguarda la loro applicazione a livello provinciale, 3. La stesura del protocollo di invio al Cerchio e Autos per i pazienti adulti di Merano (autos) e pazienti di Bressanone é stata conclusa. Sono definiti i compiti per l'autismo nelle psichiatrie degli adulti: - le psichiatrie di Bolzano e di Merano hanno prodotto un documento con la loro organizzazione/compiti per i pazienti adulti con autismo; - le psichiatrie di Bressanone e Brunico hanno invece dichiarato che si occupano di questi pazienti in quanto presentano sintomatologie psichiatriche (comorbidità). Ogni ulteriore diagnostica, terapia o riabilitazione è impossibile per mancanza di risorse, previste dal concetto per l'assistenza all'autismo Projet DUS - Projekt Substanzgebrauchsstörung 1. a) Start und Umsetzung des Projekts im Jahr 2025 mit Abschluss der in der Programmplanung vorgesehenen Aktivitäten. Kontinuierliche Überwachung der Implementierungsphase (insgesamt 4 Meilensteinberichte). b) Organisation von Workshops und weiteren Fortbildungsveranstaltungen für die Mitarbeitenden im Laufe des Jahres 2025. Direkte Einbindung des Personals in die Projekt- und klinischen Aktivitäten. c) Bewertung der erreichten Ergebnisse im Juli 2025 und Dezember 2025. Analyse der Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen mit laufenden Anpassungen. 2. Da der neue NAPSM erst am 18. Dezember verabschiedet wurde und im Jänner 2026 vorlag, konnten die darin enthaltenen Maßnahmen bezüglich seiner Anwendung auf Landesebene nicht überprüft und bewertet werden. 3. Die Ausarbeitung des Protokolls für die Überweisung an Cerchio und Autos für erwachsene Patienten aus Meran (Autos) und Brixen ist abgeschlossen. Die Aufgaben für Autismus in der Erwachsenenpsychiatrie sind festgelegt: Die Psychiatrien von Bozen und Meran haben ein Dokument mit ihrer Organisation/Aufgaben für erwachsene Patienten mit Autismus erstellt. Die Psychiatrien von Brixen und Bruneck haben hingegen erklärt, dass sie sich um diese Patienten kümmern, da sie psychiatrische Symptome (Komorbidität) aufweisen. Jede weitere Diagnostik, Therapie oder Rehabilitation ist aufgrund fehlender Ressourcen, die im Konzept für die Autismusbetreuung vorgesehen sind, unmöglich.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeles Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
22	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	Approvazione procedure aziendali e accordi di confine e loro implementazione. Genehmigung von Betriebsverfahren und Grenzvereinbarungen sowie deren Umsetzung.	1. La procedura delle prestazioni XXX-laboratorio fuori PAB, approvata da ASL, deve essere a regime (se non già nel 2024) 2. Procedura per il prestito dell'elicottero alle Regioni confinanti concordata con Regioni limitrofe, approvata e implementata 3. Procedura per l'invio dei pazienti trentini ad Innsbruck in situazioni di emergenza-urgenza concordata con Regioni/PA, approvata e implementata 4. Rivisto il fabbisogno e le convenzioni con le strutture psichiatriche infantili sul territorio in regime residenziale 1. Das vom Sanitätsbetreib genehmigte Verfahren für XXX-Labordienste, außerhalb des Landes, muss vorhanden sein (falls nicht bereits 2024) 2. Verfahren für Hubschrauberausleihe an Nachbarregionen, das mit den Nachbarregionen vereinbart, genehmigt und umgesetzt wurde 3. Verfahren für den Transport von Patienten aus dem Trentino nach Innsbruck in Notfallsituationen, das mit den Regionen/Autonen Provinzen vereinbart, genehmigt und umgesetzt wurde 4. Revision des Bedarfs und der Abkommen mit psychiatrischen Einrichtungen für die stationäre Betreuung für Kinder auf dem Territorium		1) La procedura revisionata è stata approvata in data 31.03.2025 ed è stata successivamente trasmessa a tutte le Direzioni Mediche e ai referenti dei laboratori aziendali in data 04.04.2025, al fine di garantirne la piena conoscenza e l'applicazione omogenea a livello aziendale. Contestualmente all'approvazione formale, la nuova modalità operativa e le principali novità introdotte sono state presentate nell'ambito delle riunioni dei primari nei quattro comprensori sanitari, durante le quali è stato illustrato il nuovo iter di richiesta delle prestazioni verso strutture extra-provinciali. Gli incontri si sono svolti nel comprensorio sanitario di Merano il 5.3.2025, a Bolzano il 26.3.2025, a Brunico il 29.4.2025, a Bressanone il 19.3.2025 2) è stato elaborato in accordo con l'APSS di Trento un protocollo operativo per l'utilizzo del mezzo adibito all'elisoccorso, come previsto dall'art. 2 dell'Accordo di confine tra PAB e PAT per il biennio 2025-2027; Il protocollo è stato implementato con il mese di settembre 2025 e definisce le modalità di intervento (luogo, tipo di paziente) e relative procedure di recupero del costo. Il protocollo è ancora in attesa di essere controfirmato da parte dell'APSS. 3) è stato inserito apposito punto (L) all'interno dell'Accordo di confine tra PAB e PAT per il biennio 2025-2027 in cui si autorizza l'invio di pazienti trentini in situazioni di emergenza alle strutture sanitarie estere convenzionate con l'ASDAA. Il recupero di questo costo da parte dell'ASDAA avviene con la modalità della fatturazione diretta. Per l'anno 2025 non sono emersi casi in cui è stato necessario applicare il punto L dell'Accordo. 4) Sono stati fatti alcuni incontri in Provincia - ultimo in data 01.12.2025 - insieme ai colleghi della Rip. Salute e della Rip. Sociale poiché le strutture oggetto di accordo contrattuale sono accreditate con le regole del sociale e non della sanità: quest'anno erano in scadenza gli accreditamenti e ci si è accorti che lo standard richiesto di personale sanitario non sempre è raggiunto ed è assolutamente necessario che il rilascio dell'accreditamento che in futuro dovrà essere socio-sanitario avvenga congiuntamente tra le Rip. Salute e Rip. Sociale. Un prossimo incontro ufficiale è previsto alla fine di gennaio 2026 . Considerato che è fondamentale questo passaggio prima della revisione degli accordi contrattuali vigenti e che il fabbisogno dei posti letto nell'ambito della NPia è contenuto/fissato in una deliberazione della Giunta Provinciale solo dopo aver concordato l'iter di accreditamento con la fissazione dello standard del personale sanitario in relazione alla tipologia di utenti, alle peculiarità di ciascuna struttura, si potrà procedere con la stipula dei nuovi accordi. Riguardo il fabbisogno è stata accertata la necessità di apertura di una nuova struttura ad alta intensità assistenziale di 8 posti letto e si è partecipato a più riunioni per la fissazione dello standard del personale: struttura che troverà sede nella zona di Meltina. Si è in attesa della fissazione dei criteri di accreditamento da parte dell'ufficio provinciale competente per bandire la manifestazione d'interesse che porterà all'assegnazione e stipula dell'accordo contrattuale.
							1) Die überarbeitete Prozedur wurde am 31.03.2025 genehmigt und am 04.04.2025 an alle Ärztlichen Direktionen sowie an die Ansprechpartner der Labordienste übermittelt, um dessen vollständige Kenntnisnahme und eine einheitliche Anwendung auf Betriebsebene sicherzustellen. Parallel zur formalen Genehmigung wurden die neue Vorgehensweise und die wichtigsten Neuerungen im Rahmen der Primarsitzungen in den vier Gesundheitsbezirken vorgestellt, wobei der neue Ablauf zur Anforderung von Leistungen bei Einrichtungen außerhalb der Provinz erläutert wurde. Die Treffen fanden im Gesundheitsbezirk Meran am 5.3.2025, in Bozen am 26.3.2025, in Bruneck am 29.4.2025 und in Brixen am 19.3.2025 statt. 2) In Absprache mit der APSS von Trient wurde ein Protokoll für den Einsatz des Rettungshubschraubers ausgearbeitet, wie im Art. 2 des Grenzabkommens zwischen PAB und PAT für den Zweijahreszeitraum 2025-2027 vorgesehen. Das Protokoll wurde im September 2025 umgesetzt und legt die Einsatzmodalitäten (Einsatzort, Patientenart) und die entsprechenden Verfahren zur Verrechnung der Kosten fest. Das Protokoll muss noch von der APSS gegengezeichnet werden. 3) Im Grenzabkommen zwischen PAB und PAT für den Zweijahreszeitraum 2025-2027 wurde ein entsprechender Punkt (L) aufgenommen, der die Überweisung von Patienten mit Wohnsitz im Trentino bei gesundheitlichen Notfällen an ausländische Gesundheitseinrichtungen, die mit dem SSB vertragsgelunden sind, genehmigt. Die Erstattung dieser Kosten durch den SSB erfolgt im Wege der direkten Fakturierung. Im Jahr 2025 gab es keine Fälle, in denen die Anwendung des Punktes L des Abkommens erforderlich war. 4) Es wurden einige Treffen in der Provinz abgehalten – das letzte am 01.12.2025 – gemeinsam mit den Kolleginnen und Kollegen der Abteilung Gesundheit und der Abteilung Soziales, da die Einrichtungen, die Gegenstand des Vertragsabkommen sind, nach den Regeln des Sozialbereichs und nicht nach jenen des Sanitätswesens akkreditiert sind. In diesem Jahr liefen die Akkreditierungen aus und es wurde festgestellt, dass der geforderte Standard an Gesundheits- und Pflegepersonal nicht immer erreicht wird. Es ist daher unbedingt erforderlich, dass die Erteilung der Akkreditierung, die künftig sozial-gesundheitlich sein muss, gemeinsam durch die Abteilung Gesundheit und die Abteilung Soziales erfolgt. Ein weiteres offizielles Treffen ist für Ende Januar 2026 vorgesehen. Angesichts der Tatsache, dass dieser Schritt vor der Überarbeitung der geltenden Vertragsabkommen grundlegend ist und dass der Bedarf an Bettenplätzen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie (NPia) in einem Beschluss der Landesregierung festgelegt ist, kann erst nach Abstimmung des Akkreditierungsverfahrens – einschließlich der Festlegung des Standards für das Gesundheits- und Pflegepersonal in Bezug auf die Art der Nutzer*innen und die Besonderheiten der einzelnen Einrichtungen – mit dem Abschluss der neuen Vertragsabkommen fortgefahren werden. Bezüglich des Bedarfs wurde der Bedarf zur Eröffnung einer neuen Einrichtung mit hoher Betreuungsdintensität mit 8 Betten festgestellt. Es wurde an mehreren Sitzungen zur Festlegung des Personalstandards teilgenommen. Die Einrichtung wird im Gebiet von Mölten entstehen. Es wird auf die Festlegung der Akkreditierungskriterien durch das zuständige Landesamt gewartet, um die Interessensbekundung auszuschreiben, die zur Zuweisung und zum Abschluss des Vertragsabkommens führen wird.
23	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) Parkinson PDTA Parkinson	PDTA, con potenziamento parte riabilitativa, approvato e implementato PDTA, mit Stärkung des Rehabereiches, genehmigt und umgesetzt Indicatori/Indikatoren: 1) Consegna entro il 31.01.2025 del PDTAR (Percorso diagnostico terapeutico assistenziale e riabilitativo) in Direzione Aziendale per l'approvazione dello stesso con delibera aziendale. 2) Pianificazione dell'implementazione entro il 30.06.2025. 3) Condivisione dei contenuti del documento: a. attraverso la presentazione tramite Webinar rivolto a tutti i collaboratori ASDAA interessati; b. attraverso la presentazione ai Medici di Medicina generale (MMG). 4) Costituzione e/o conferma (laddove già presente) del team riabilitativi comprensoriali per l'attivazione del percorso riabilitativo destinato a gruppi di pazienti parkinsoniani in stadio H&Y 1-2 (terapia logopedica, fisioterapia, terapia occupazionale) 1) Übermittlung innerhalb 31.01.2025 des diagnostisch-, therapeutisch-, pflegerischer und rehabilitativer Betreuungspfad an die Betriebsdirektion zur Genehmigung durch einen Unternehmensbeschluss. 2) Planung der Umsetzung innerhalb 30.06.2025. 3) Teilung der Inhalte des Dokuments: a. durch Präsentation mittels Webinars an alle interessierten SABES-Mitarbeiter; b. durch eine Präsentation für Ärzte für Allgemeinmedizin (AAG). 4) Einrichtung und/oder Bestätigung (wo bereits vorhanden) der Bezirks-Reha-Teams für die Aktivierung des Rehabilitationspfads für Gruppen von Parkinson-Patienten im Stadium H&Y 1-2 (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie)		1) Il PDTAR per la malattia di Parkinson è stato consegnato alla Direzione tecnico-assistenziale e alla Direzione Sanitaria entro il 31 gennaio 2025. Il PDTAR è stato approvato con delibera del Direttore Generale nr. 2025-1266 del 16/12/2025. 2) Il gruppo di implementazione ha effettuato una serie di incontri, durante i quali si è provveduto entro il 30.06.2025 a pianificare l'implementazione prevista per il 2026. 3) I contenuti sono stati: - sintetizzati in due Webinar sia in lingua italiana che in lingua tedesca (diagnosi e fase iniziale, fase intermedia e avanzata) per i collaboratori ASDAA; - presentati il 18 febbraio 2025 durante la seduta dei Direttori aziendali; - discussi al Jour Fixe presso l'Assessorato il 27.08; - presentati ai Medici di Medicina Generale sia in Comitato provinciale il 4.11, che con Webinar online in data 4.12. 4) Sono attivi i percorsi riabilitativi di gruppo per pazienti parkinsoniani in stadio H&Y 1-2 nei Comprensori di Bolzano, Merano e Bressanone. L'offerta riabilitativa prevede l'intervento di fisioterapisti, logopedisti e terapisti occupazionali. Nel Comprensorio di Brunico il team riabilitativo è presente, ma il numero dei pazienti non è al momento sufficiente per costituire dei gruppi, quindi i pazienti vengono seguiti individualmente. 1) Der PDTAR für die Parkinson-Krankheit wurde bis zum 31. Januar 2025 der Pflegedirektion und der Sanitätsdirektion übergeben. Der PDTAR wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 2025-1266 vom 16.12.2025 genehmigt. 2) Die Implementierungsgruppe hat die Planung der Umsetzung für 2026 in mehreren Sitzungen bis zum 30.06.2025 vorbereitet. 3) Die Inhalte des PDTAR wurden: - in zwei Webinaren (Diagnose und Anfangsphase, mittlere und fortgeschrittene Phase) sowohl in italienischer als auch in deutscher Sprache für die Mitarbeiter des SABES zusammengefasst; - am 18. Februar 2025 während der Betriebsdirektorensitzung vorgestellt; - am 27.08. im Jour Fixe beim Assessorat besprochen; - den Hausärzten sowohl in der Sitzung Landesbeirat AAM am 4.11. als auch in einem Online-Webinar am 4.12. präsentiert. 4) Es sind Gruppen-Rehabilitationsprogramme für Parkinson-Patienten im Stadium H&Y 1-2 in den Bezirken Bozen, Meran und Brixen aktiv. Das Rehabilitationsangebot umfasst die Intervention von Physiotherapeuten, Logopäden und Ergotherapeuten. Im Bezirk Bruneck ist das Reha-Team vorhanden, jedoch reicht die Patientenzahl derzeit nicht für Gruppensitzungen aus, daher werden die Patienten individuell betreut.
24	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	Miglioramento processi. Violenza di genere. Prozessverbesserung. Geschlechtsspezifische Gewalt.	E' ottimizzata la procedura di presa in carico delle vittime di violenza, in particolare dei bambini e chiarire l'esenzione ticket ed il flusso ministeriale. Die Prozedur zur Übernahme von Gewaltopfern, insbesondere von Kindern, zur Klärung der Ticketbefreiung und des ministeriellen Datenflusses, ist ausgearbeitet. 1. Violenza contro donne a. 3a revisione PDTA ERIKA e applicazione nei 7 ospedali 40% b. analisi del flusso dati ministeriale al fine della sua implementazione 30% c. chiarimento delle criticità per rendere possibile l'applicazione dell'esenzione ticket 30% 2. Violenza contro maschi a. Definizione del concetto di violenza contro maschi 50% b. Valutazione del fabbisogno di intervento 50%. 3. Violenza contro bambini a. 1a revisione PDTA PRO CHILD e applicazione nei 7 ospedali 40% b. analisi del flusso dati ministeriale al fine della sua implementazione 20% c. chiarimento delle criticità per rendere possibile l'applicazione dell'esenzione ticket 20% d. organizzazione di formazione a tematica della violenza contro i bambini per il personale medico e non medico 20% 1. Gewalt gegen Frauen a. 3. Revision PDTA ERIKA und Umsetzung in den 7 Krankenhäuser 40% b. Analyse des Datenflusses an das Ministerium mit der Absicht der Inbetriebnahme 30% c. Abklärung der Schwierigkeiten, die die Anwendung der Ticketbefreiung verhindern 30% 2. Gewalt gegen Männer a. Definition des Begriffs der Gewalt gegen Männer 50% b. Bewertung des Interventionsbedarfs 50% 3. Gewalt gegen Kinder a. 1. Revision PDTA PRO CHILD und Umsetzung in den 7 Krankenhäuser 40% b. Analyse des Datenflusses an das Ministerium mit der Absicht der Inbetriebnahme 20% c. Abklärung der Schwierigkeiten, die die Anwendung der Ticketbefreiung verhindern 20% d. Organisation von Fortbildungen zum Thema Gewalt gegen Kinder für medizinisches und nicht-medizinisches Personal 20%		1a) La 3. Revisione del PDTA "Erika" è stato rielaborato sia in lingua tedesca che in lingua italiana. In 5 ospedali (Bolzano, Merano, Silandro, Bressanone e Brunico) sono stati offerti nell'anno 2025 almeno 2 cosiddetti Skill labs. Il personale sanitario ha potuto oltre approfondire i contenuti teorici. Inoltre sono state insegnate tecniche pratiche. 1b) Dal 01.07.2025 i dati per tutti gli accessi "violenza" devono essere obbligatoriamente inviati tramite il sistema informatico EMUR del PS al ministero. 1c) La delibera provinciale n. 1165 del 29.12.2023 introduce l'esenzione BZ6 per le vittime di violenza e la tratta come un'esenzione puramente amministrativa, dovrebbe essere trattata esclusivamente a livello medico. Mancano ancora le basi legali per superare le criticità legate alle disposizioni per la tutela della privacy. 2a) Definizione del concetto di violenza nei confronti degli uomini: è stata elaborata una definizione e svolta un'approfondita ricerca della letteratura pertinente. 2b) Valutazione del fabbisogno di intervento: è stata effettuata una rilevazione del fabbisogno e redatte le relative conclusioni, comprensive di raccomandazioni. 3) Il PDTA «ProChild» è stato completamente rielaborato e gli adeguamenti sono stati effettuati sia in lingua tedesca che italiana. Il PDTA viene applicato in tutti e 7 gli ospedali. Dopo diverse verifiche, è stato confermato dalla Ripartizione Controlling e dall'Osservatorio epidemiologico della Provincia che attualmente non esistono flussi di dati ministeriali relativi ai bambini vittime di violenza. Nel percorso assistenziale sono stati definiti i codici con cui è possibile codificare i singoli casi di violenza e quindi filtrarli nel sistema digitale. In collaborazione con il "Centro del bambino maltrattato di Padova" sono stati organizzati 2 giorni di formazione a Bolzano e 10 eventi online sul tema della violenza sui minori per i nostri collaboratori. Inoltre, con il simposio ProChild nel novembre 2025, sia il personale dell'Azienda Sanitaria che il pubblico esterno sono stati sensibilizzati sul tema. Per quanto riguarda il chiarimento delle difficoltà che impediscono l'applicazione dell'esenzione ticket sono stati effettuati diversi scambi di informazioni tramite e-mail e telefonate. Nel complesso si può dire che l'azienda sanitaria non può fare nulla in questo caso, è necessaria una regolamentazione speciale da parte dell'Assessorato stesso.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
							1a) Die 3. Revision des Betreuungspfad „Erika“ erfolgte in deutscher sowie in italienischer Sprache. In 5 Krankenhäusern (Bozen, Meran, Schlanders, Brixen und Bruneck) wurden im Jahr 2025 mindestens 2 sogenannte Skill Labs angeboten. Dem teilnehmendem Gesundheitspersonal wurden theoretische Inhalte vermittelt. Praktische Fähigkeiten konnten erlernt werden. 1b) Die Daten müssen verpflichtend für alle Zugänge „Gewalt“ ab dem 01.07.25 an das Ministerium, über das Informationsverfahren EMUR der Notaufnahme übermittelt werden. 1c) Der Landesbeschluss Nr. 1165 vom 29.12.2023 führt die Befreiung BZ6 für Gewaltopfer ein und behandelt sie als rein administrative Befreiung, sie sollte aber auf rein medizinischer Ebene behandelt werden. Es fehlen noch die gesetzlichen Grundlagen um die Kritizitäten in Bezug auf die Bestimmungen des Schutzes der Privacy zu bewältigen. 2a) Definition des Begriffes Gewalt gegen Männer: eine Definition und dementsprechende Literaturrecherche wurden durchgeführt: 2b) Bewertung des Interventionsbedarfes: Eine Bedarfserhebung wurde durchgeführt, ein Fazit und Empfehlungen verfasst. 3) Betreuungspfad „ProChild“ wurde gänzlich überarbeitet und die Anpassungen erfolgten sowohl in deutscher als auch italienischer Sprache. In allen 7 Krankenhäusern wird der Betreuungspfad angewendet. Nach mehreren Abklärungen wird von der Abteilung Controlling und von der Epidemiologischen Beobachtungsstelle der Landesverwaltung bestätigt, dass es derzeit keine Datenflüsse an das Ministerium in Bezug auf Kinder gibt, die Opfer von Gewalt sind. Es wurden im Betreuungspfad die Codices definiert, mit denen man dann die einzelnen Fälle von Gewalt kodieren kann und diese somit aus dem digitalen System herausgefiltert werden können. In Zusammenarbeit mit dem „Centro del bambino maltrattato di Padova“ wurden 2 Tage in Bozen und 10 online Veranstaltungen zum Thema Gewalt an Kindern für unsere Mitarbeiter organisiert. Zudem wurde mit dem Symposium ProChild im November 2025 sowohl das SABES Personal auch als externe Zuhörer zum Thema sensibilisiert. Bezüglich Abklärung der Schwierigkeiten, die die Anwendung der Ticketbefreiung verhindern, erfolgten mehrere Ausasuche in Form von Mails und Telefonaten. Insgesamt kann man sagen, dass der Sanitätsbetrieb nichts machen kann hier braucht es eine Sonderregelung des Assessorates selbst
25	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	Nuovi LEA SPA. implementazione nuovi LEA specialistica ed esenzioni ticket, MMG e privati convenzionati. Neue Wesentliche Betreuungsstandards (WBS) Fachambulanz. Umsetzung der neuen WBS der fachambulanten Leistungen und Ticketbefreiungen, AAM und konvenziionierte Private.	1. Sono adeguati tutti gli applicativi informatici di prescrizione, prenotazione, erogazione/rendicontazione delle prestazioni ambulatoriali per la corretta implementazione dei nuovi LEA 2. Sono state adeguate le agende di prenotazione nel rispetto del nuovo Catalogo Provinciale del Prescrivibile 3. E' stata effettuata una adeguata informativa per il personale SABES, ai medici di medicina generale/pediatri di libera scelta, strutture private convenzionate e per la cittadinanza 4. Sono state aggiornate le reportistiche, delibere/procedure/regolamenti aziendali nella versione vigente rispetto ai nuovi LEA (circolare definizione prima visita e visita di controllo, delibere standard aziendali, procedure verso i privati convenzionati, esenzioni ...) 5. Sono adeguati gli accordi contrattuali con le strutture private accreditate in relazione all'implementazione dei nuovi LEA (prestazioni e relativi tetti di spesa) 1. Alle informatiche Applicazioni der Verschreibungen, Vormerkungen, Erbringung/Berichterstattung von ambulanten Leistungen sind für die korrekte Umsetzung der neuen WBSs angepasst. 2. Die Vormerkungsagenden wurden an den neuen Landesverschreibungskatalog angepasst 3. Das SABES-Personal, die Allgemeinmediziner/die niedergelassenen Pädiater, die konvenzionierten privaten Einrichtungen und die Bevölkerung wurden angemessen informiert. 4. Die Reports, betriebliche Beschlüsse/Prozeduren/Vorschriften wurden in der aktuellen Version im Hinblick auf die neuen WBSs aktualisiert (Rundschreiben zur Definition von Erstvisite und Kontrollvisite, betriebliche Standardbeschlüsse, Prozeduren für private konvenziionierte Einrichtungen, Befreiungen ...) 5. Die vertraglichen Vereinbarungen mit den akkreditierten privaten Einrichtungen werden im Zusammenhang mit der Umsetzung der neuen WBSs angepasst (Dienstleistungen und damit verbundene Ausgabenobergrenzen)		1) A partire dal 30.12.2024 tutti gli applicativi informativi che gestiscono il ciclo di vita della prestazione ambulatoriale (dalla prescrizione alla rendicontazione) - sono stati adeguati e hanno gestito correttamente l'introduzione dei nuovi LEA secondo le regole definite a livello nazionale. 2) Tutte le agende di prenotazione, sia per l'attività istituzionale che per l'attività di LPI, sono state adeguate in conformità al nuovo Catalogo Provinciale del Prescrivibile, recependo le prestazioni previste dai nuovi LEA. 3) e 4) E' proseguita nel 2025 l'attività di informazioni a tutti gli stakeholder nonchè l'attività di aggiornamento della sezione dedicata ai nuovi LEA all'interno del portale aziendale rivolto ai medici prescrittori, pubblicato sul sito istituzionale (https://www.sabes.it/it/informazioni-per-medici-prescrittori). Sono state inoltre aggiornate le procedure, direttive e tutta la documentazione aziendale in coerenza con il nuovo catalogo e le nuove regole sulle modalità di accesso alle prestazioni introdotte con i nuovi LEA 5) Tutti gli accordi contrattuali per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale sono stati adeguati in relazione all'implementazione dei nuovi LEA. 1) Ab dem 30.12.2024 wurden alle IT-Anwendungen, die den Zyklus einer ambulanten Leistung (von der Verschreibung bis zur Abrechnung) verwalten, angepasst und haben die Einführung der neuen WBS gemäß den auf nationaler Ebene festgelegten Regeln korrekt umgesetzt. 2) Alle Vormerkungskalender, sowohl für die institutionelle Tätigkeit als auch für die freiberufliche Tätigkeit im Rahmen der FIT, wurden entsprechend dem neuen Landescatalog der verschreibbaren Leistungen (LkVL) angepasst und haben die in den neuen WBS vorgesehenen Leistungen übernommen. 3) und 4) Im Jahr 2025 wurde die Informationsarbeit gegenüber allen Stakeholdern fortgeführt sowie die Aktualisierung des dem Thema neue WBS gewidmeten Bereichs im Portal für verschreibende Ärztinnen und Ärzte, das auf der institutionellen Website veröffentlicht ist (https://www.sabes.it/it/informazioni-per-medici-prescrittori). Darüber hinaus wurden Verfahren, Richtlinien und die gesamte Dokumentation in Übereinstimmung mit dem neuen Katalog und den neuen, mit den WBS eingeführten Regeln zu den Zugangsmodalitäten zu den Leistungen aktualisiert. 5) Alle vertraglichen Vereinbarungen für den Ankauf von ambulanten fachärztlichen Leistungen wurden im Zusammenhang mit der Umsetzung der neuen WBS angepasst.
26	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	DIP/FVCO Elaborazione di una proposta di riorganizzazione del Servizio psicologico. Ausarbeitung eines Vorschlags für die Reorganisation des psychologischen Dienstes. Obiettivo 2025 rinegoziato: Adattamento organizzativo nei Servizi psicologici. Organisatorische Anpassung in den Psychologischen Dienste.	1. Mappatura di chi fa cosa all'interno dei servizi psicologici 2. I flussi informativi nazionali e provinciali sono correttamente alimentati dal Servizio psicologico 3. E' elaborata una proposta di riorganizzazione dei servizi psicologici 4. Sono implementate le nuove procedure per l'accesso e la prescrizione delle prestazioni con la collaborazione degli altri servizi ospedalieri e territoriali 1. Bestandsaufnahme der Aufgaben der psychologischen Dienste 2. Die nationalen und Landes-Informationsflüsse werden vom psychologischen Dienst korrekt verwaltet 3. Es wird ein Vorschlag für die Reorganisation der psychologischen Dienste ausgearbeitet 4. Neue Prozeduren für den Zugang und die Verschreibung von Leistungen werden in Zusammenarbeit mit anderen Diensten der Krankenhäuser und des Territoriums eingeführt	1. Mappatura delle aree di competenza dei servizi psicologici 2. I flussi informativi nazionali e provinciali sono correttamente alimentati dal Servizio psicologico 3. Adattamento organizzativo nei Servizi psicologici. 4. Definizione dell'accesso e della prescrizione delle prestazioni nei servizi psicologici 1. Bestandsaufnahme der Aufgaben der psychologischen Dienste 2. Die nationalen und Landesinformationsflüsse werden vom psychologischen Dienst korrekt bedient 3. Organisatorische Anpassung in den Psychologischen Diensten. 4. Definition des Zugangs und der Verschreibung der Leistungen in den Psychologischen Diensten	1. La mappatura dei compiti e della struttura organizzativa è stata effettuata in tre forme: piano di rete, descrizioni individuali dei Servizi di Psicologia per il Direttore Sanitario e presentazione dei compiti in preparazione dell'incontro con la referente dell'amministrazione provinciale. 2. I flussi informativi provinciali vengono gestiti correttamente: trasmissione periodica dei dati all'osservatorio epidemiologico. Per quanto riguarda i flussi informativi nazionali, rimangono ancora da chiarire alcuni aspetti da parte della ripartizione programmazione e controlling e dell'ufficio di economia sanitaria. L'attuazione avverrà non appena tali chiarimenti saranno disponibili e nell'ambito dell'introduzione del nuovo programma NGH. 3. Applicazione uniforme a livello provinciale del nuovo catalogo delle prestazioni per i Servizi Psicologici; chiarimento delle competenze in neuropsicologia nell'età evolutiva; organizzazione del compito da svolgere per convenzione come "ausiliario della Polizia Giudiziaria" 4. L'accesso e la prescrizione delle prestazioni sono definiti: per i Servizi Psicologici esiste un accesso diretto da parte della popolazione e, in base alla delibera della Giunta Provinciale n. 557/2002, gli psicologi sono autorizzati all'autoprescrizione delle prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche di propria competenza. 1. Bestandsaufnahme der Aufgaben und der organisatorischen Struktur ist in dreifacher Form erfolgt: Netzwerkplan, Einzeldarstellungen der Psychologischen Dienste für den Sanitätsdirektor und Darstellung der Aufgaben in Vorbereitung auf die Sitzung mit der Referentin der Landesverwaltung. 2. Die Landesinformationsflüsse werden korrekt bedient: periodische Datenübermittlung an die epidemiologische Beobachtungsstelle. Bezüglich der nationalen Datenflüsse besteht noch Klärungsbedarf von Seiten der Abteilung Planung und Controlling und dem Amt für Gesundheitsökonomie. Die Umsetzung erfolgt, sobald diese Klärung vorliegt und im Rahmen der Einführung des neuen Programmes NGH. 3. Anwendung des neuen Leistungskataloges landesweit einheitlich für die Psychologischen Diensten; Klärung der Zuständigkeiten in der Entwicklungsneuropsychologie; Organisation der per Konvention zu leistenden Aufgabe als "ausiliario della Polizia Giudiziaria"; 4. Der Zugang und die Leistungsveranschreibung ist definiert: für die Psychologischen Dienste besteht für die Bevölkerung ein direkter Zugang und aufgrund des BLR 557/2002 sind die PsychologInnen zur Selbstverschreibung für psychologische und psychotherapeutische Leistungen ihres Zuständigkeitsbereiches ermächtigt.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuverhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
27	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	DIP/FVCO Piano Provinciale Prevenzione. 1. Implementazione del Piano Provinciale Prevenzione 2020-2025. (prosecuzione); 2. Partecipazione alla stesura del nuovo Piano Nazionale Prevenzione. Landes-Präventionsplan. 1. Umsetzung des Landespräventionsplans 2020-2025. (Fortsetzung); 2. Beteiligung an der Ausarbeitung des neuen nationalen Präventionsplans.	1. 1.a Rispetto degli indicatori ministeriali: almeno il 90% degli indicatori ministeriali come da Intesa Stato-Regioni 1.b Attuazione delle azioni previste e rendicontate al gruppo di monitoraggio: almeno il 60% delle azioni previste. 2. Evidenze (verbali o altri documenti) della partecipazione alle riunioni indette dalla Conferenza Stato e della collaborazione alla stesura del nuovo Piano Nazionale 1. 1.a E Einhaltung der ministeriellen Indikatoren: mindestens 90% der ministeriellen Indikatoren gemäß der Vereinbarung Staat-Regionen 1.b Durchführung der geplanten Aktivitäten und Berichterstattung an die Überwachungsgruppe Mindestens 60% der geplanten Aktivitäten. 2. Nachweis (Protokolle oder andere Dokumente) über die Teilnahme an den von der Staatskonferenz einberufenen Sitzungen und die Mitarbeit an der Ausarbeitung des neuen Nationalen Plans	1. 1.a Rispetto degli indicatori ministeriali: almeno il 90% degli indicatori ministeriali come da Intesa Stato-Regioni 1.b Attuazione delle azioni previste e rendicontate al gruppo di monitoraggio: almeno il 60% delle azioni previste. 2. <i>Indicatore tolto in data 24.1.25 in accordo con il Direttore Generale</i> <i>Evidenze (verbali o altri documenti) della partecipazione, anche tramite delegato, alle riunioni indette dalla Conferenza Stato-Regioni e della collaborazione alla stesura del nuovo Piano Nazionale Prevenzione</i> 1. 1.a E Einhaltung der ministeriellen Indikatoren: mindestens 90% der ministeriellen Indikatoren gemäß der Vereinbarung Staat-Regionen 1.b Durchführung der geplanten Aktivitäten und Berichterstattung an die Überwachungsgruppe Mindestens 60% der geplanten Aktivitäten. 2. <i>Indikator in Absprache mit Generaldirektor am 24.1.25 gelöscht:</i> <i>Nachweis (Protokolle oder andere Dokumente) über die Teilnahme, auch mit mittleris delegierter Person, an den von der Staat-Regionen-Konferenz einberufenen Sitzungen und die Mitarbeit an der Ausarbeitung des neuen Nationalen Präventionsplans</i>	1. Durante l'anno 2025 sono state attuate le azioni previste dal Piano Provinciale Prevenzione con i seguenti risultati: a. raggiungendo oltre il 90% degli indicatori ministeriali come da Intesa Stato-Regioni; b. realizzando oltre il 60% delle azioni programmate. Le attività sono state rendicontate periodicamente al gruppo di monitoraggio, con aggiornamenti puntuali sulle tempistiche e sui risultati ottenuti, e verranno inserite nella piattaforma ministeriale dedicata entro le tempistiche previste. 1. Im Jahr 2025 wurden die im Provinzialen Präventionsplan vorgesehenen Maßnahmen mit folgenden Ergebnissen umgesetzt: a. Es wurde über 90 % der ministeriellen Indikatoren gemäß der Vereinbarung Staat-Regionen erreicht; b. Mehr als 60 % der geplanten Maßnahmen wurden realisiert. Die Aktivitäten wurden regelmäßig dem Überwachungsgruppe berichtet, mit präzisen Aktualisierungen zu Zeitplänen und erzielten Ergebnissen, und sie werden innerhalb der vorgesehenen Fristen in die dafür vorgesehene ministerielle Plattform eingetragen.
28	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	PanFlu - Piano Pandemico Provinciale. 1. Predisposizione delle misure ancora da ultimare come indicate nell'ultima relazione del gruppo di monitoraggio. (es. Katplan, barelle/tende di biocontenimento, individuazione servizi essenziali); 2. Avvio dei lavori per il nuovo Piano Pandemico Provinciale (sulla base del prossimo Piano Pandemico Nazionale). PanFlu - Pandemieplan des Landes. 1. Vorbereitung der noch fertig zu stellenden Maßnahmen, welche im letzten Bericht der Überwachungsgruppe angegeben wurden. (z. B. Katplan, Biocontainment-Tragen/Zelte, Identifizierung der wichtigsten Dienste); 2. Beginn der Arbeit an dem neuen Pandemieplan des Landes (auf der Grundlage des nächsten nationalen Pandemieplans).	1. Evidenza dell'attuazione delle misure. 2. Evidenze (es. verbali, nomine ecc) dell'avvio dei lavori. 1. Nachweis über die Umsetzung der Maßnahmen. 2. Nachweise (z.B. Protokolle, Termine, etc.) über den Beginn der Arbeiten.		Il Piano pandemico provinciale PANFLU è stato prorogato con Delibera Provinciale nelle more del Nuovo Piano Pandemico Nazionale. Il Nuovo Piano pandemico atteso per il 2025, a dicembre non è stato ancora approvato a livello nazionale. Il Piano PANFLU è stato completato in ogni sua parte, per quanto attiene i documenti attuativi previsti. Il loro aggiornamento e la loro implementazione saranno previste nei 5 anni di vigenza del prossimo Piano. In parallelo è stato prodotto anche il Piano per le malattie infettive ad alto impatto per la Sanità Pubblica HCID (High Consequence Infectious Diseases). Entrambi i Piani sono armonizzati tra di loro, con il KAT-Plan e dove possibile con il Piano provinciale per le emergenze radiologiche e nucleari. A livello nazionale sono stati seguiti tutti gli sviluppi del Nuovo Piano sia a livello di contenuti che per gli aspetti economico-finanziari, inviando le prese di posizione della PAB a riguardo. Sono state prodotte puntualmente tutte le relazioni richieste. Der Landes-Pandemieplan PANFLU wurde per Landesbeschluss bis zum Inkrafttreten des neuen nationalen Pandemieplans verlängert. Dieser neue Pandemieplan, der für 2025 erwartet wird, wurde im Dezember noch nicht auf nationaler Ebene verabschiedet. Der PANFLU-Plan ist hinsichtlich der erforderlichen Durchführungsdokumente vollständig fertiggestellt. Seine Aktualisierung und Umsetzung werden voraussichtlich innerhalb der fünfjährigen Laufzeit des nächsten Plans erfolgen. Parallel dazu wurde auch der Plan für hochinfektiöse und -pathogene Infektionskrankheiten (HCID) erstellt. Beide Pläne sind miteinander, mit dem KAT-Plan und, soweit möglich, mit dem Landesplan für radiologische und nukleare Notfälle abgestimmt. Auf nationaler Ebene wurden alle Entwicklungen des neuen Plans, sowohl inhaltlich als auch in wirtschaftlicher und finanzieller Hinsicht, verfolgt, und die Positionen der Autonomen Provinz Bozen dazu wurden eingereicht. Alle angeforderten Berichte wurden zeitnah erstellt.
29	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	DIP/FVCO Progetti del Dipartimento di Prevenzione. Sono individuati progetti esclusivamente in linea con il Piano Provinciale di Prevenzione. Projekte der Präventions-Departement. Die Projekte werden ausschließlich in Zusammenhang mit dem Landespräventionsplan festgelegt.	Evidenza tramite il documento di programmazione nel quale per ogni progetto viene individuato il programma di riferimento nel PPP. Nachweis durch das Planungsdokument, in dem das Referenzprogramm der LPP für jedes Projekt angegeben ist. Nel documento di richiesta di rendicontazione dell'attuazione dei progetti del Dipartimento di Prevenzione approvati e completati entro l'anno 2025, viene definito il programma predefinito (PP) o il programma libero (PL) del Piano Provinciale Prevenzione (PPP) cui gli stessi si riferiscono. In der Anfrage für die Berichterstattung zur Umsetzung der Projekte des Präventionsdepartements, welche innerhalb des Jahres 2025 genehmigt und vervollständigt sind, wird das im vordefinierten-Programm (PP) oder das freidefinierte Programm (PL) des Landespräventionsplan (LPP), auf den das sie sich beziehen, angegeben.		Nel corso del 2025 sono stati selezionati e approvati esclusivamente progetti coerenti con il Piano Provinciale di Prevenzione. L'approvazione è avvenuta tramite Delibera aziendale (Nr. 2025-128 del 25/02/2025), nella quale per ciascun progetto è stato chiaramente identificato il relativo Programma Predefinito o Programma Libero del Piano Provinciale Prevenzione 2021-2025 di riferimento. Il documento di richiesta di rendicontazione dell'attuazione dei progetti del Dipartimento di Prevenzione per l'anno 2025 contiene la definizione del programma predefinito (PP) o del programma libero (PL) del Piano Provinciale Prevenzione (PPP) cui gli stessi si riferiscono. La rendicontazione finale delle attività progettuali è attualmente in fase di completamento e sarà conclusa nel mese di gennaio. Successivamente verrà redatta una relazione che attesterà il completamento delle attività svolte e la loro coerenza con gli obiettivi strategici prefissati. Per quei progetti che, per motivi organizzativi o tecnici, non hanno potuto essere conclusi entro il 2025, è stata formalmente concessa una proroga al 2026, garantendo comunque il rispetto degli obiettivi definiti. Im Laufe des Jahres 2025 wurden ausschließlich Projekte ausgewählt und genehmigt, die mit dem Provinzialen Präventionsplan übereinstimmen. Die Genehmigung erfolgte durch Unternehmensbeschluss (Nr. 2025-128 vom 25.02.2025), in dem für jedes Projekt das entsprechende vordefinierte Programm oder das freie Programm des Provinzialen Präventionsplans 2021-2025 eindeutig angegeben wurde. Das Dokument zur Anforderung der Berichterstattung über die Umsetzung der Projekte des Departments für Prävention für das Jahr 2025 enthält die Definition des vordefinierten Programms (PP) oder des freien Programms (PL) des Provinzialen Präventionsplans (PPP), auf das sich die Projekte beziehen. Die abschließende Berichterstattung über die Projektaktivitäten befindet sich derzeit in der Fertigstellung und wird im Januar abgeschlossen. Anschließend wird ein Bericht erstellt, der die Durchführung der Aktivitäten und deren Übereinstimmung mit den festgelegten strategischen Zielen bestätigt. Für jene Projekte, die aus organisatorischen oder technischen Gründen nicht bis Ende 2025 abgeschlossen werden konnten, wurde formell eine Verlängerung bis 2026 gewährt, wobei die Einhaltung der definierten Ziele weiterhin sichergestellt ist.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
30	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	DIP/FVCO SPPS (Sistema Provinciale di Prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici) di cui alla DGP 862/2023. Avvio del coordinamento operativo del Sistema da parte del Dipartimento di Prevenzione. SPPS (Landesweites System zur Vorbeugung von Umwelt- und Klimarisiken) gemäß BLR 862/2023. Beginn der operativen Koordinierung des Systems durch das Präventionsdepartement.	Evidenze (verbali, atti, ecc.) circa le attività di avvio del coordinamento. Belege (Protokolle, Urkunden usw.) über die Aktivität des Koordinierungsbeginns.		1. Il Dipartimento di Prevenzione: a) Entro fine maggio 2025 ha elaborato la proposta di riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione con l'inserimento della struttura organizzativa aziendale dedicata al coordinamento e all'integrazione con Sistema Provinciale di Prevenzione Salute (SPPS); b) A partire da gennaio 2025: • ha organizzato incontri interistituzionali per porre le basi all'implementazione del Sistema Provinciale di Prevenzione Salute (SPPS); • ha avviato il coordinamento operativo del SPPS, in conformità alla DGP 862/2023 Sono stati redatti e condivisi i verbali delle riunioni di coordinamento, atti e corrispondenza e-mail che attestano l'attivazione dei contatti con gli enti coinvolti. 1. Das Department für Prävention: a) Bis Ende Mai 2025 hat es den Vorschlag zur Umstrukturierung des Departments für Prävention ausgearbeitet, einschließlich der Einrichtung einer unternehmensinternen Organisationsstruktur, die dem Koordinieren und der Integration mit dem Provinzialen System für Prävention und Gesundheit (SPPS) gewidmet ist. b) Ab Januar 2025: • wurden interinstitutionelle Treffen organisiert, um die Grundlage für die Implementierung des Provinzialen Systems für Prävention und Gesundheit (SPPS) zu schaffen; • wurde die operative Koordination des SPPS gemäß der DGP 862/2023 eingeleitet. Es wurden Protokolle der Koordinierungssitzungen, Beschlüsse sowie E-Mail-Korrespondenz erstellt und geteilt, die die Aufnahme der Kontakte mit den beteiligten Einrichtungen belegen.
31	POA		B) Contenimento delle liste d'attesa, qualità, appropriatezza ed esiti per i cittadini. Governo del rischio clinico. B) Eindämmung der Wartelisten, Qualität, Angemessenheit und Ergebnisse für die Bürger. Klinisches Risikomanagement	Miglioramento dell'appropriatezza diagnostica e riduzione della medicina difensiva. Verbesserung der diagnostischen Angemessenheit und Reduzierung der defensiven Medizin.	1. È istituito un gruppo di lavoro con il compito di proporre misure realizzabili nei diversi ambiti. 2. Sono trasmesse alla Ripartizione Salute le misure elaborate dal gruppo di lavoro, suddivise per ambito di intervento (es. PS e specialistica ambulatoriale), per grado di realizzabilità e tempo di realizzazione. 1. Es wird eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die umsetzbare Maßnahmen in den verschiedenen Bereichen vorschlägt. 2. Die von der Arbeitsgruppe erarbeiteten Maßnahmen werden der Abteilung Gesundheit übermittelt, aufgeteilt nach Interventionsbereich (z.B. Notaufnahme und Fachambulanz), nach Grad der Machbarkeit und Zeitrahmen.		Il gruppo di lavoro ha elaborato una definizione del fenomeno della medicina difensiva e un'analisi dettagliata delle cause; i principali campi d'azione sono stati esaminati in modo più approfondito e suddivisi in base alla fattibilità e ai tempi di realizzazione. La relazione che riassume le proposte delle misure sono state inviate alla Direzione aziendale in data 28.11.2025 per l'invio alla Ripartizione Salute. Die Arbeitsgruppe hat eine Definition des Phänomens Defensivmedizin und eine ausführliche Ursachenanalyse vorgenommen; die wichtigsten Handlungsfelder wurden näher aufgearbeitet und nach Machbarkeit und Zeitrahmen aufgeschlüsselt. Der Bericht der die vorgeschlagenen Maßnahmen zusammenfasst wurde am 28.11.2025 der Betriebsdirektion übermittelt, um der Abteilung Gesundheit weiterzuleiten.
32	POA		B) Contenimento delle liste d'attesa, qualità, appropriatezza ed esiti per i cittadini. Governo del rischio clinico. B) Eindämmung der Wartelisten, Qualität, Angemessenheit und Ergebnisse für die Bürger. Klinisches Risikomanagement	Nuovo Sistema di garanzia dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza): miglioramento indicatori di performance ed esito. Sostanziale miglioramento della performance aziendale risultante dagli indicatori del sistema di garanzia dei LEA e del MES. Neues Garantiesystem für die wesentlichen Betreuungsstandards WBS: Verbesserung der Leistungs- und Ergebnisindikatoren. Erhebliche Verbesserung der betrieblichen Performance aufgrund der WBS- und ESM-Indikatoren.	Miglioramento dei seguenti indicatori di esito MES (aggiungere anche quelli del sistema garanzia): 1) N° accessi in Pronto Soccorso con triage arancione visitati che accedano al trattamento entro 15 minuti/ N° accessi in Pronto Soccorso con codice arancione >50% 2) Aumento % accessi cure domiciliari sabato, domenica e festivi al 6 % 3) N. ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti/ Popolazione 35-74 anni residente <40% 4) Numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella/ Numero di ricoveri con intervento di resezione per tumore maligno della mammella <12% 5) Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe/ Numero di parti vaginali <8% 6) N. ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni/Popolazione residente maggiorenne <400/100.000 7) N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche tra 8 e 30 giorni dalla dimissione di pazienti maggiorenni/N. ricoveri per patologie psichiatriche di pazienti maggiorenni <7% 8) Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni (differenza tra data della procedura e data di ricovero <= 2 giorni)/ Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore >80% 9) Numero di ricoveri dei residenti nel primo anno di vita (< 1 anno)/ Popolazione residente (<1 anno) <45% 10) E' introdotto e funzionante a livello aziendale il codice Triage in PS per pazienti fragili		I dati sono relativi ai 4 comprensori del 2025. Purtroppo, al momento non sono a disposizione i dati SPA dei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2025 per i Comprensori di Bressanone e Brunico (IKIS). 1) Numero di accessi in Pronto Soccorso con triage arancione visitati che accedono al trattamento entro 15 minuti: Nei 12 mesi del 2025, per gli ospedali di Bolzano, Merano e Silandro ci sono stati 8489 accessi totali con codice arancione, di cui 2876 sono stati trattati entro 15 minuti, corrispondendo al 34% (DWH – SABES). Nei primi 9 mesi del 2025 (dati completi 2025 non disponibili), per gli ospedali di Bressanone, Vipiteno, Brunico e San Candido ci sono stati 1468 accessi totali con codice arancione, di cui 1005 sono stati trattati entro 15 minuti, corrispondendo al 68% (DWH – SABES). Nei primi nove mesi del 2025, ci sono stati 8236 accessi totali con codice arancione, di cui 3419 sono stati trattati entro 15 minuti, corrispondendo al 41% (DWH – SABES). 82% 2)I dati disponibili fino ad oggi,i anche se non definitivi, dimostrano che sono stati effettuati in totale 7.850 accessi nel fine settimana e nei giorni festivi che corrisponde ad una percentuale del 4,04 % rispetto a tutti gli accessi domiciliari. I dati definitivi saranno inviati entro il 20.03.26. purtroppo è probabile che la percentuale di tali accessi non raggiungerà il 6%. I dati definitivi dimostrano che sono stati effettuati complessivamente 7.786 accessi che considerando il totale di 185.167 accessi corrisponde al 4,04 %. 66% 3) Numero di ricoveri per diabete tra i 35 e i 74 anni relativi ai residenti: La popolazione residente in questa fascia di età è di 278.679 (dati SIVAS ASTAT 2024), con 544 ricoveri per diabete (DWH - SABES) nei 12 mesi del 2025, equivalenti allo 0,20%. 100% 4) Numero di ricoveri con nuovo intervento di resezione avvenuti entro 120 giorni da un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella: A livello aziendale il valore è pari al 6%. 100% 5) Numero di parti con utilizzo di ventosa o forcipe: Nei 12 del 2025 (Dati SIVAS ASTAT 2025), sono stati effettuati 265 parti con ventosa o forcipe, su un totale di 3.191 parti vaginali, pari al 8,30%. 96,25% 6) Numero di ricoveri con diagnosi psichiatriche in qualsiasi reparto relativi ai residenti maggiorenni: La popolazione residente maggiorenne è di 441.682 (dati SIVAS ASTAT 2024), con 1712 ricoveri per diagnosi psichiatriche nei 12 mesi del 2025, pari allo 0,39%. (DWH – SABES) 100% 7) Numero di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche tra 8 e 30 giorni dalla dimissione: Nei 12 mesi del 2025, ci sono stati 153 ricoveri ripetuti, pari al 8,94%. (DWH - SABES) 72% 8) Numero di ricoveri con diagnosi di frattura del collo del femore in cui il paziente sia stato operato entro 2 giorni: Nel 2025 la media degli interventi entro 48 ore risulta pari al 81,1% (DWH - SABES) 100% 9) Numero di ricoveri dei residenti nel primo anno di vita: Nei 12 mesi del 2025, ci sono stati 1629 ricoveri (esclusi i neonati sani) (dati SIVAS - ASTAT, su una popolazione residente di 4552, pari al 35,8%. 100% 10) Introduzione e funzionamento del codice Triage in Pronto Soccorso per pazienti fragili: al momento, solo i comprensori di BZ e ME hanno implementato il triage fragile (NGH). Gli ospedali di Bressanone e Brunico lo implementeranno entro il 2026, mentre per gli ospedali più piccoli (Silandro, Vipiteno e San Candido) non è prevista l'introduzione del triage fragile. 100% BZ e ME; neutralizzare per BK e BX
					Verbesserung der folgenden ESM-Ergebnisindikatoren (auch die vom Garantiesystems hinzufügen): 1) Anzahl der Zugänge in die Notaufnahmen mit oranger Triage, die innerhalb von 15 Minuten behandelt werden / Anzahl der Notaufnahmen mit oranger Triage >50%. 2) %-Erhöhung der Zugänge in der Hausbetreuung an Samstagen, Sonntagen und Feiertagen auf 6%. 3) Anzahl der Krankenhausaufenthalte wegen Diabetes 35-74 Jahre bezogen auf Einwohner/ ansässige Bevölkerung 35-74 Jahre <40% 4) Anzahl der Krankenhausaufenthalte mit neuer Resektionsoperation innerhalb von 120 Tagen nach der Operation bei bösartigem Brustkrebs/ Anzahl der Einweisungen mit Resektionsoperationen bei bösartigem Brustkrebs <12% 5) Anzahl der Entbindungen mit Saugglocke oder Zange/ Anzahl von vaginalen Geburten <8% 6) Anzahl der Einweisungen mit psychiatrischen Diagnosen in jeder Abteilung von Ansässigen über 18 Jahre/ ansässige Bevölkerung, die über 18 Jahre alt ist <400/100.000 7) Anzahl der wiederholten Einweisungen wegen psychiatrischer Erkrankungen zwischen 8 und 30 Tagen nach der Entlassung erwachsener Patienten/Anzahl von Einweisungen wegen psychiatrischer Erkrankungen erwachsener Patienten <7% 8) Anzahl der Einweisungen mit der Diagnose Oberschenkelhalsbruch, bei denen der Patient innerhalb von 2 Tagen operiert wurde (Differenz zwischen dem Datum des Eingriffs und dem Datum der Einweisung <= 2 Tage)/Anzahl der Einweisungen mit der Diagnose Oberschenkelhalsbruch >80% 9) Anzahl der Einweisungen von Bewohnern im ersten Lebensjahr (< 1 Jahr)/ansässigen Bevölkerung (< 1 Jahr) <45% 10) Der Triage-Code in der Notaufnahme für fragile Patienten ist auf betriebliche Ebene eingeführt und funktionsfähig		

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeles Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
33	POA		C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Miglioramento adempimenti amministrativi per case di cura private. Verbesserte Verwaltungsvorschriften für private Pflegeheime.	1. Contratti pubblicati con tempestività ed esautività 2. Aggiornamento del Fabbisogno stabilito in tempo e rispetto dei tetti di spesa 1. Rechtzeitige und umfassende Veröffentlichung von Verträgen 2. Rechtzeitige Aktualisierung des Bedarfs und Einhaltung der Ausgabenobergrenzen		1) Tutti gli accordi contrattuali approvati nel 2025 sono stati tempestivamente pubblicati sulla sezione Amministrazione Trasparente - Strutture private accreditate. 2) È stato elaborato il fabbisogno delle prestazioni di specialistica ambulatoriale monitorate a livello provinciale sui tempi di attesa per il triennio 2026-2028, elaborato in coerenza con i nuovi LEA, con sua presentazione alla Direzione Aziendale il 27.05.2025 e approvazione con Delibera del Direttore Generale n. 563 del 24.06.2025 e successiva integrazione per l'ambito radiologico con Delibera del Direttore Generale n. 735 del 05.08.2025. È stata elaborata la proposta di prestazioni e relativi volumi di acquisto per l'anno 2026, con sua presentazione alla Direzione Aziendale il 27.05.2025 e successiva condivisione via e-mail con i Direttori di Compensorio sanitario in data 11.06.2025. Tale proposta è stata oggetto di discussione con l'Assessore e successivamente ridiscussa con il Direttore Amministrativo, la dott.ssa Toniatti e la sig.ra Pernthaler in data 20.06.2025. La proposta finale dei volumi di acquisto (esclusa la radiologia) è stata nuovamente presentata in Direzione aziendale in data 01.07.2025 assieme ad una proposta di nuova modalità di creazione delle manifestazioni d'interesse. La proposta di acquisto per gli ambiti critici ad oggi non oggetto di convenzionamento è stata condivisa con la Direzione Sanitaria in data 03.07.2025 al fine di una discussione con i primari delle specialità coinvolte. In data 09.07.2025 sono stati anticipati i volumi definitivi di acquisto alla dott.ssa Toniatti al fine della predisposizione delle manifestazioni d'interesse. La proposta finale di acquisto per il 2026 (esclusa la radiologia) è stata approvata con Delibera del Direttore Generale n. 661 del 15.07.2025. Per quanto concerne l'ambito radiologico, la proposta di acquisto è stata condivisa e validata dalla FVCO dei servizi radiologici in data 22.07.2025. Nella stessa data i volumi di acquisto sono stati condivisi con la dott.ssa Toniatti al fine della predisposizione della manifestazione di interesse. La proposta di acquisto per l'ambito radiologico è stata condivisa anche con i Direttori di Compensorio sanitario in data 28.07.2025 e successivamente approvata con Delibera del Direttore Generale n. 739 del 05.08.2025. 1) Alle im Jahr 2025 genehmigten Vertragsabkommen wurden fristgerecht im Bereich „Transparente Verwaltung – akkreditierte private Einrichtungen“ veröffentlicht. 2) Es wurde der Leistungsbedarf der auf Landesebene hinsichtlich der Wartezeiten überwachten ambulanten Fachleistungen für den Zeitraum 2026–2028 ausgearbeitet, in Übereinstimmung mit den neuen LEA. Dieser wurde am 27.05.2025 der Unternehmensführung vorgestellt und mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 563 vom 24.06.2025 genehmigt sowie anschließend für den radiologischen Bereich mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 735 vom 05.08.2025 ergänzt. Der Vorschlag zu den Leistungen und den entsprechenden Abnahmemengen für das Jahr 2026 wurde ausgearbeitet und am 27.05.2025 der Unternehmensführung vorgestellt und anschließend am 11.06.2025 per E-Mail mit den Sanitätsbezirksdirektoren geteilt. Dieser Vorschlag wurde mit dem Landesrat besprochen und anschließend am 20.06.2025 erneut mit dem Verwaltungsdirektor, Frau Dr. Toniatti, und Frau Pernthaler diskutiert. Der finale Vorschlag zu den Abnahmemengen (ohne Radiologie) wurde der Unternehmensführung am 01.07.2025 erneut präsentiert, zusammen mit einem Vorschlag für eine neue Vorgehensweise bei der Erstellung von Interessensbekundungen. Der Vorschlag für die Abnahme in kritischen Bereichen, die derzeit nicht Vertragsgegenstand sind, wurde am 03.07.2025 mit der Sanitätsdirektion geteilt, um eine Diskussion mit den Primären der betroffenen Fachrichtungen zu ermöglichen. Am 09.07.2025 wurden Frau Dr. Toniatti die endgültigen Abnahmemengen vorab mitgeteilt, um die Erstellung der Interessensbekundungen vorzubereiten. Der endgültige Abnahmevorschlag für das Jahr 2026 (ohne Radiologie) wurde mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 661 vom 15.07.2025 genehmigt. Bezüglich des radiologischen Bereichs wurde der Abnahmevorschlag am 22.07.2025 von der FVCO der radiologischen Dienste abgestimmt und validiert. Am selben Tag wurden die Abnahmemengen auch Frau Dr. Toniatti zur Vorbereitung der Interessensbekundung übermittelt. Der Abnahmevorschlag für den radiologischen Bereich wurde zudem am 28.07.2025 mit den Sanitätsbezirksdirektoren geteilt und anschließend mit Beschluss des Generaldirektors Nr. 739 vom 05.08.2025 genehmigt
34	POA		C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Miglioramento tempestività processi per il rispetto delle scadenze di produzione del bilancio e dei documenti di programmazione e bilancio. Verbesserung der Pünktlichkeit der Verfahren zur Einhaltung der Fristen für die Erstellung von Bilanzen und Dokumente für die Programmierung und Bilanz.	1. I documenti di programmazione (PIAO entro il 31.12.2025, POA, BEP, Bilancio esercizio) sono prodotti con tempestività e nel rispetto delle scadenze 2. Sono recepite tutte le osservazioni dell'OIV e della Ripartizione Salute, integrando e trasformando i documenti di programmazione (POA E PIAO) 3. I bilanci sono prodotti con tempestività e nel rispetto delle scadenze anticipando tutte le rendicontazioni ed i controlli necessari. 4. Procedure aziendali scritte e implementate per il rispetto delle scadenze 5. Le relazioni sulla gestione sono adeguate ai nuovi schemi concordati con la PAB 1. Die Dokumente für die Programmierung (ITOP innerhalb 31.12.2025, Jahrestätigkeitsprogramm, Haushaltsvoranschlag, Haushaltsabschluss) werden rechtzeitig und innerhalb der Fristen erarbeitet. 2. Alle Anmerkungen dess Unabhängigen Bewertungsorgan (UBO) und der Abteilung Gesundheit werden berücksichtigt, in dem die Dokumente für die Programmierung (ITOP und Jahrestätigkeitsprogramm) integriert und umgestaltet werden. 3. Die Bilanzen werden rechtzeitig und unter Einhaltung der Fristen erstellt, indem alle erforderlichen Berichte und Kontrollen vorgezogen werden. 4. Betriebliche Prozeduren werden, für die Einhaltung der Fristen, geschrieben und implementiert 5. Die Berichte über die Gebarung sind, an die mit der Landesverwaltung vereinbarten neuen Vorlage, angepasst		1. Il bilancio di esercizio 2024 è stato approvato nel rispetto della scadenza di legge;anche il bilancio preventivo 2026 è stato approvato nei termini di legge. I documenti di programmazione sono stati prodotti con tempestività e nel rispetto delle scadenze: PIAO 2026 – 2028 entro il 31.12.2025 (Delibera DG 1324 del 30.12.25) e Programma operativo annuale POA 2026 entro il 30.11.25 (Delibera DG 1127 del 18.11.25) 2. Con riferimento ai documenti di programmazione POA e PIAO, per la parte di competenza della Ripartizione Finanze, non sono state sollevate obiezioni nè da parte dell'OIV, nè da parte della PAB. Sono recepite tutte le osservazioni dell'Organismo Indipendente di valutazione OIV e i contenuti delle recenti procedure in materia di pianificazione e programmazione della Ripartizione Salute. 3. Il bilancio di esercizio 2024 ed il bilancio preventivo 2025 sono stati approvati nei termini di legge; le rendicontazioni relative ai finanziamenti degli esercizi precedenti sono state anticipate a fine anno e sono stati effettuati i controlli previsti 4. Tutte le procedure aziendali sono state approvate con delibera del Direttore generale ed inserite nel sistema di qualità. La Ripartizione Finanze ha implementato le procedure ed i controlli di propria competenza ed ha trasmesso tempestivamente le procedure approvate a tutti i destinatari ai fini della relativa implementazione nel rispetto delle scadenze. 5. Non c'è stato un accordo con la Provincia sui nuovi schemi; il progetto di Relazione sulla gestione è cambiato e, in conseguenza di ciò, verrà presentata una proposta alla Provincia: sebbene il progetto sia partito tempestivamente, l'elaborazione della relazione ai fini della relativa approvazione da parte della Provincia, richiede tempi più lunghi (primo semestre 2026). 1. Der Jahresabschluss 2024 wurde fristgerecht gemäß den gesetzlichen Bestimmungen genehmigt; auch der Haushaltsvoranschlag 2026 wurde innerhalb der gesetzlichen Fristen genehmigt. Die Planungsdokumente wurden zeitnah und termingerecht erstellt: ITOP 2026–2028 bis zum 31.12.2025 (Beschluss des Generaldirektors Nr. 1324 vom 30.12.25) und Jahrestätigkeitsprogramm JTP 2026 bis zum 30.11.25 (Beschluss des Generaldirektors Nr. 1127 vom 18.11.25). 2. Hinsichtlich der Planungsdokumente POA und PIAO wurden für den Zuständigkeitsbereich der Abteilung Finanzen weder vom OIV noch von der Provinz Bozen Einwände erhoben. Alle Anmerkungen des Unabhängigen Bewertungsorgans (UBO) sowie die Inhalte der jüngsten Prozedur im Bereich der Planung und Programmierung der Abteilung Gesundheit wurden berücksichtigt. 3. Der Jahresabschluss 2024 und der Haushaltsvoranschlag 2025 wurden innerhalb der gesetzlichen Fristen genehmigt; die Abrechnungen bezüglich der Finanzierungen der vorangegangenen Geschäftsjahre wurden auf das Jahresende vorgezogen und die vorgesehenen Kontrollen wurden durchgeführt. 4. Alle betrieblichen Verfahren wurden mit Beschluss des Generaldirektors genehmigt und in das Qualitätssystem aufgenommen. Die Abteilung Finanzen hat die in ihren Zuständigkeitsbereich fallenden Verfahren und Kontrollen umgesetzt und die genehmigten Verfahren fristgerecht an alle Empfänger zur entsprechenden Umsetzung übermittelt. 5. Mit der Provinz wurde keine Einigung über die neuen Modelle erzielt; der Entwurf des Berichts über die Gebarung wurde geändert und infolgedessen wird der Provinz ein Vorschlag vorgelegt: Obwohl das Projekt zeitgerecht gestartet wurde, erfordert die Ausarbeitung des Berichts für die entsprechende Genehmigung durch die Provinz mehr Zeit (erstes Halbjahr 2026).
35	POA		C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Maggiori entrate aziendali e migliore riscossione crediti. Höhere betriebliche Einnahmen und besseres Inkasso.	1. E' predisposta la procedura per l'incasso del DRG, nel momento della dimissione, per pazienti privato paganti e con assicurazione. 2. In collaborazione con la Ripartizione Salute é predisposta e implementata la procedura per incasso trasporti in caso di tempo libero/attività sportiva e pericolo. 1. Die Prozedur für die Einnahme des DRG zum Zeitpunkt der Entlassung, von privat zahlenden und versicherten Patienten, ist vorbereitet. 2. In Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheit wird das Verfahren für die Einnahme der Transportkosten bei Freizeit-/Sportaktivitäten und Gefahren vorbereitet und umgesetzt.	1. Definizione di una procedura sulle modalita di pagamento anticipato o contestualmente alla dimissione dei ricoveri erogati a favore di pazienti privati paganti, sia con riferimento ai ricoveri programmati che a quelli urgenti, e sua approvazione entro il 28.02.2025. Tale procedura verrà avviata in via sperimentale nel comprensorio sanitario di Bolzano a partire dal 1.3. 2025 e a Merano dal 01.07.2025 a) il 100% dei pazienti privati paganti con ricovero programmato effettuato a partire dal 01.03.2025, ha eseguito il pagamento prima del ricovero, nel rispetto della procedura definita; b) almeno il 70%% dei pazienti privati paganti con ricovero urgente effettuato a partire dal 01.03.2025, ha eseguito il pagamento di una quota dell'importo dovuto, prima della dimissione, nel rispetto della procedura definita; 2. In collaborazione con la Ripartizione Salute é predisposta e implementata la procedura per incasso trasporti in caso di tempo libero/attività sportiva e pericolo. Allo stato attuale è possibile prevedere l' incasso immediato dell'importo di ticket per l'elisoccorso presso le casse dei singoli PS di Compensorio, in quanto è un importo (100,00.-€) noto e indipendente da ogni parametro. Tale riscossione riguarderebbe i residenti in Alto Adige e i residenti fuori provincia (salvo esenzione per reddito), nonché gli stranieri in possesso di una tessera TEAM. 3. Almeno il 90% delle SDO relative a ricoveri di pazienti privati paganti effettuati a partire dal 01.03.2025, viene chiuso al momento della dimissione.	1) Le "Procedure per l'incasso anticipato degli importi relativi ai ricoveri elettivi effettuati a favore di pazienti privati paganti" sono state elaborate dal gruppo di lavoro aziendale e trasmessa, in data 29.06.2025, alla Direzione Amministrativa. Le procedure sono state ufficialmente rilasciate il 28.11.2025: • ID 7689/25 – Incasso anticipato dell'importo per ricovero elettivo erogato a favore di paziente privato/a pagante (elettivo, ordinario e a ciclo diurno – day hospital / day surgery) • ID 7690/25 – Incasso anticipato degli importi dovuti da pazienti privati paganti in caso di ricovero urgente a seguito di accesso al Pronto Soccorso Considerato che l'obiettivo era stato negoziato il 25.02.2025 e tenuto conto delle difficoltà riscontrate nella definizione del percorso (forte opposizione iniziale e poca collaborazione da parte di alcuni referenti, mancanza di chiarezza sulla definizione di paziente privato pagante, necessità di verifica delle anagrafiche, coinvolgimento della cabina di regia privacy per la predisposizione dell'informativa e di tutti i referenti comprensoriali), non è stato possibile rispettare le tempistiche concordate. Pertanto, si è deciso di non procedere separatamente nei due comprensori, ma di avviare l'applicazione della procedura con decorrenza 01.01.2026 in entrambi i comprensori. 2) La procedura di incasso del ticket di elisoccorso presso le casse ospedaliere di ogni Compensorio sanitario non è stata ancora implementata da parte della Ripartizione informatica, in quanto l'attività di analisi e creazione del flusso, nonché codifica di incasso è stata delegata al fornitore esterno di ASDAA, GPI S.p.a. Codesto Ufficio referente, una volta trasmesso alla Rip. informatica tutti i dettagli normativi, nonché la casistica di pazienti per i quali prevedere l'incasso ticket, ha sollecitato con cadenza periodica di ricevere puntuali feedback in merito allo stato di implementazione della procedura durante l'intero anno 2025 indicandone anche la priorità. L'ultimo aggiornamento ricevuto in merito allo stato di avanzamento della procedura risale a dicembre 2025, in cui si riporta che l'attività di analisi è stata pianificata da parte del fornitore competente GPI e sarà terminata ad aprile 2026. 3) Nonostante gli sforzi compiuti nel recupero crediti, i tentativi di facilitare agli utenti le modalità di pagamento e nonostante le pressioni e le richieste rivolte all'amministrazione, questo obiettivo al momento non è ancora stato realizzato. Si spera che possa essere implementato il prima possibile per agevolare le persone nel pagamento delle prestazioni. L'indicatore sarebbe la percentuale di crediti arretrati rispetto all'anno precedente.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuverhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
						1. Festlegung eines Verfahrens über die Modalitäten zur Vorauszahlung oder Zahlung bei Entlassung nach Krankenhausaufenthalten, die zahlenden Privatpatienten gewährt werden, sowohl in Bezug auf geplante als auch dringende Krankenhausaufenthalte, und dessen Genehmigung innerhalb 28.02.2025. Dieses Verfahren wird versuchsweise im Gesundheitsbezirk Bozen ab dem 01.3.25 und in Meran ab dem 01.07.2025 eingeführt a) 100% der selbstzahlenden Patienten mit geplantem Krankenhausaufenthalt, der ab dem 01.03.2025 stattfindet, erfolgte die Zahlung vor der Aufnahme in Übereinstimmung mit dem festgelegten Verfahren; b) mindestens 70% der selbstzahlenden Patienten mit einem dringenden Krankenhausaufenthalt, der ab dem 01.03.2025 stattfand, haben in Übereinstimmung mit dem festgelegten Verfahren, einen Teil des fälligen Betrags vor der Entlassung bezahlt; 2. In Zusammenarbeit mit der Abteilung Gesundheit wird das Verfahren für die Einnahme der Transportkosten bei Freizeit-/Sportaktivitäten und Gefahren vorbereitet und umgesetzt. Laut aktuellem Stand kann das sofortige Inkasso des Ticketbetrags für die Flugrettung an den Kassen der einzelnen Erste Hilfen jedes Gesundheitsbezirks vorgesehen werden, da es sich um einen bekannten Betrag (100,00 €) handelt, der unabhängig von irgendwelchen Parametern ist. Dieses Inkasso würde die in Südtirol wohnansässigen Bürger/innen, die Einwohner/innen außerhalb der Provinz (sofern sie nicht aufgrund ihres Einkommens davon befreit sind) sowie ausländische Bürger/innen, die im Besitz einer EHIC-Karte sind, betreffen. 3. Mindestens 90% der ab dem 01.03.2025 durchgeführten SDOs im Zusammenhang mit Krankenhausaufenthalten privat zahlender Patienten sind zum Zeitpunkt der Entlassung abgeschlossen.	1) Die „Verfahren für den vorzeitigen Einzug der Beträge im Zusammenhang mit elektiven Krankenhausaufenthalten für privat zahlende Patientinnen und Patienten“ wurden von der unternehmensinternen Arbeitsgruppe ausgearbeitet und am 29.06.2025 an die Verwaltungsdirektion übermittelt. Die Verfahren wurden am 28.11.2025 offiziell freigegeben: ID 7689/25 – Vorzeitiger Einzug des Betrags für einen elektiven Krankenhausaufenthalt für privat zahlende Patientinnen und Patienten (elektiv, stationär und teilstationär – Day Hospital / Day Surgery) ID 7690/25 – Vorzeitiger Einzug der von privat zahlenden Patientinnen und Patienten geschuldeten Beträge im Falle eines dringenden Krankenhausaufenthalts infolge eines Zugangs zur Notaufnahme In Anbetracht dessen, dass das Ziel am 25.02.2025 verhandelt worden war, und unter Berücksichtigung der bei der Festlegung des Verfahrens aufgetretenen Schwierigkeiten (starker anfänglicher Widerstand und geringe Zusammenarbeit seitens einiger Referentinnen und Referenten, fehlende Klarheit hinsichtlich der Definition der/des privat zahlenden Patientin/Patienten, Notwendigkeit der Überprüfung der Stammdaten, Einbindung der Datenschutz-Steuerungsgruppe zur Ausarbeitung der Informationsunterlagen sowie aller regionalen Referentinnen und Referenten), war es nicht möglich, die vereinbarten Fristen einzuhalten. Daher wurde entschieden, nicht getrennt in den beiden Gesundheitsbezirken vorzugehen, sondern die Anwendung des Verfahrens mit Wirkung ab dem 01.01.2026 in beiden Gesundheitsbezirken zu starten. 2) Das Verfahren zum Einzug des Hubschrauberrettungs-Tickets an den Krankenhauskassen der einzelnen Gesundheitsbezirke wurde von der Abteilung Informatik bislang noch nicht umgesetzt, da die Analyse- und Aufbauaktivität des Workflows sowie die entsprechende Buchungskodierung an den externen Lieferanten des Südtiroler Sanitätsbetriebes, GPI S.p.A., delegiert wurden. Das zuständige Referatsbüro hat, nachdem es der Abteilung Informatik alle normativen Details sowie die Fallkonstellationen der Patientinnen und Patienten übermittelt hatte, für die ein Ticket-Einzug vorzusehen ist, während des gesamten Jahres 2025 in regelmäßigen Abständen um zeitnahe Rückmeldungen zum Stand der Umsetzung des Verfahrens ersucht und dabei auch dessen Priorität hervorgehoben. Die letzte Rückmeldung zum Stand des Verfahrens stammt aus Dezember 2025; darin wird festgehalten, dass die Analyseaktivität seitens des zuständigen Lieferanten GPI geplant wurde und bis April 2026 abgeschlossen sein soll. 3)Trotz der unternommenen Anstrengungen im Bereich des Forderungseinzugs, der Bemühungen, den Nutzerinnen und Nutzern die Zahlungsmöglichkeiten zu erleichtern, sowie trotz des Drucks und der Anfragen an die Verwaltung ist dieses Ziel derzeit noch nicht umgesetzt. Es bleibt zu hoffen, dass es so bald wie möglich realisiert wird, um den Menschen die Bezahlung der Leistungen zu erleichtern. Der Indikator entspricht dem Prozentsatz der ausstehenden Forderungen im Vergleich zum Vorgangsjahr.
36	POA		D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione. D) Informationssysteme und Datenträger. Verbesserung der Kommunikation.	Sviluppo processo di dematerializzazione e in generale ottimizzazione dei flussi informativi nazionali. Sviluppo processo di dematerializzazione dei dispositivi medici, della farmaceutica e della specialistica ambulatoriale. Sviluppo dei controlli e completezza dei flussi informativi. Entwicklung des Dematerialisierungsprozesses und allgemeine Optimierung der nationalen Informationsflüsse. Ausarbeitung des Dematerialisierungsprozesses für Medizinprodukte, Pharmazeutika und fachambulanten Leistungen. Entwicklung von Kontrollen und Vollständigkeit der Informationsflüsse.	1. E funzionante il sistema di prescrizione e di autorizzazione dei dispositivi medici (stomie? Medicazioni? Stabilisce la Direzione Sanitaria) e quest' ultimo è integrato con il sistema di erogazione delle farmacie territoriali 2. È dematerializzata la gestione delle fasi del ciclo di vita delle prescrizioni sanitarie (inclusa la prescrizione di prestazioni aggiuntive erogate in corso di accesso ambulatoriale) da parte delle strutture private accreditate, nel caso di nuovi contratti e rinnovi contrattuali, nel rispetto della normativa vigente 3. I controlli SAP (Sistema di Accoglienza Provinciale) proseguono ed è definita la loro implementazione per il 2025 con la Ripartizione salute 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 5. Progetto "revisione dei flussi informativi": risolte le criticità emerse secondo il piano operativo di intervento riferito al 2025 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 1. Das System zur Verschreibung und Genehmigung von Medizinprodukten (Stomata? Verbände? von der Sanitätendirektion festgelegt) ist funktionsfähig und in das Ausgabesystem der territorialen Apotheken integriert 2. Die Verwaltung der Lebenszyklusphasen der ärztlichen Verschreibungen (einschließlich der Verschreibung zusätzlicher Leistungen im Rahmen des ambulanten Zugangs) durch akkreditierte private Einrichtungen ist, bei neuen Verträgen und Vertragsverlängerungen unter Einhaltung der geltenden Vorschriften, entmaterialisiert 3. Die SAP-Kontrollen (Landeseingangssystem) werden fortgesetzt und ihre Umsetzung wird für 2025 mit der Abteilung Gesundheit festgelegt 4. Die Daten der dematerialisierten Verschreibung der Fachleistungen und der Pharmazeutik sind, entsprechend den von der APB festgelegten Wegen und auf kontinuierlicher Basis, der APB (Autonome Provinz Bozen) bereitgestellt. 5. Projekt „Überarbeitung der Informationsflüsse“: Die kritischen Punkte, die sich herausgestellt haben, wurden in Übereinstimmung mit dem operativen Interventionsplan für 2025 behoben 6. Die neuen Spezifikationen für die Verschreibung und Ausstellung von Leistungen werden, nach dem Inkrafttreten der neuen WBSs, die im Erlass von DPMR 12.01.2017 angepasst werden, umgesetzt	1. È dematerializzata la gestione delle fasi del ciclo di vita delle prescrizioni sanitarie (inclusa la prescrizione di prestazioni aggiuntive erogate in corso di accesso ambulatoriale) da parte delle strutture private accreditate, nel caso di nuovi contratti e rinnovi contrattuali, nel rispetto della normativa vigente 2. I controlli SAP (Sistema di Accoglienza Provinciale) proseguono ed è definita la loro implementazione per il 2025 con la Ripartizione salute 3. 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 4. Progetto "revisione dei flussi informativi": risolte le criticità emerse secondo il piano operativo di intervento riferito al 2025 5. 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 1. Die Verwaltung der Lebenszyklusphasen der ärztlichen Verschreibungen (einschließlich der Verschreibung zusätzlicher Leistungen im Rahmen des ambulanten Zugangs) durch akkreditierte private Einrichtungen ist, bei neuen Verträgen und Vertragsverlängerungen unter Einhaltung der geltenden Vorschriften, entmaterialisiert 2. Die SAP-Kontrollen (Landeseingangssystem) werden fortgesetzt und ihre Umsetzung wird für 2025 mit der Abteilung Gesundheit festgelegt 3. Die Daten der dematerialisierten Verschreibung der Fachleistungen und der Pharmazeutik sind, entsprechend den von der APB festgelegten Wegen und auf kontinuierlicher Basis, der APB (Autonome Provinz Bozen) bereitgestellt. 4. Projekt „Überarbeitung der Informationsflüsse“: Die kritischen Punkte, die sich herausgestellt haben, wurden in Übereinstimmung mit dem operativen Interventionsplan für 2025 behoben 5. Die neuen Spezifikationen für die Verschreibung und Ausstellung von Leistungen werden, nach dem Inkrafttreten der neuen WBSs, die im Erlass von DPMR 12.01.2017 genannt werden, umgesetzt	1) La dematerializzazione della gestione delle fasi del ciclo di vita delle prescrizioni da parte delle strutture private accreditate rientra nel progetto aziendale più ampio di utilizzo dei sistemi aziendali di prenotazione, gestione clinica, erogazione, incasso e rendicontazione da parte delle strutture accreditate. Il progetto pilota, iniziato a novembre 2025 presso City Clinic, è attualmente sospeso in attesa della definizione delle regole di accesso da parte della Cabina di Regia Privacy e della Direzione Sanitaria. Al fine di garantire la corretta rendicontazione delle prestazioni, anche in ottica di nuovi LEA, sono proseguiti i corsi di formazione per le strutture private convenzionate che erogano prestazioni riabilitative. 2) Sono stati mantenuti i controlli introdotti a livello di Sistema di Accoglienza Provinciale (SAP) nel 2024, aggiornandoli in seguito all'introduzione dei nuovi LEA (caricamento del nuovo catalogo, gestione delle nuove associazioni esenzioni/prestazioni). Sono stati formalizzati a SABES in data 18.11.2025 nuovi controlli (prestazioni prescritte ai non residenti (prestazioni extra LEA, esenzioni extra LEA, prestazioni extra LEA associate ad esenzioni LEA), visite di riabilitazione in relazione al codice di esenzione per patologia, incompatibilità tra codici di prestazioni previste dal CPP). Si è in attesa di riscontro per chiarire il procedere. 3) Ancora nell'anno 2024, sono stati messi a disposizione di PAB i dati della dematerializzata specialistica dal SAP. Si è in attesa di una loro validazione, nonché di indicazione per l'attivazione dell'invio periodico. Invece, per i dati della dematerializzata farmaceutica dal SAP è stato fatto quanto concordato con PAB, concentrandosi sulla risoluzione delle problematiche relative al flusso della Farmaceutica Ospedaliera e Diretta. 4) Nel 2025 sono stati svolti oltre 90 incontri con i referenti (anche della PAB) di: • flussi informativi Ministeriali • flussi PNNR: Consultori familiari (SICOF), Riabilitazione territoriale (SIAR); Informativa per Cure primarie (SIAP) e Ospedali di comunità • alcuni flussi informativi (ANA e BDPA, Anagrafe medici rispetto all'applicativo dispensazione ricettari / Tessere presidi sanitari medici, Classi priorità; Esenzioni) • Nel corso degli incontri vengono monitorati la trasmissione dei flussi al Ministero e il relativo esito in termini di volumi, qualità e tempestività • Sono analizzati gli errori riscontrati • Sono raccolte le eventuali criticità ed esigenze di aggiornamento o potenziamento dei software utilizzati • I referenti sono stati supportati nell'analisi delle cause dei problemi e nella definizione di soluzioni. Risultato raggiunto: progressivo miglioramento della qualità dei dati, con minori volumi di errori e scarti in fase di invio al Ministero, anche se per alcuni flussi sono ancora presenti criticità relative a completezza, qualità e tempestività 5) Sono stati adeguati sia il Sistema di Accoglienza Provinciale, sia i sistemi di prescrizione aziendali (ePrescribe e IKIS) sia i sistemi di erogazione aziendali (CUPWeb, IKIS e Concerto) recependo le specifiche tecniche di prescrizione ed erogazione delle prestazioni pubblicate a livello nazionale.
							1) Die Dematerialisierung der Verwaltung der einzelnen Phasen des Zyklus der Verschreibungen durch die akkreditierten privaten Einrichtungen ist Teil eines umfassenderen Betriebsprojekts zur Nutzung der betrieblichen Systeme für Vomerkung, klinische Verwaltung, Leistungserbringung, Inkasso und Abrechnung durch die akkreditierten Einrichtungen. Das im November 2025 bei der City Clinic gestartete Pilotprojekt ist derzeit ausgesetzt, da noch die Festlegung der Zugangsregeln durch die Datenschutz-Steuerungsgruppe und die Sanitätsdirektion aussteht. Zur Gewährleistung einer korrekten Abrechnung der Leistungen, auch im Hinblick auf die neuen WBS, wurden zudem die Schulungsmaßnahmen für die privaten Vertragseinrichtungen, die rehabilitative Leistungen erbringen, fortgeführt. 2) Die im Jahr 2024 auf Ebene des "sistema di accoglienza provinciale" (SAP) eingeführten Kontrollen wurden beibehalten und infolge der Einführung der neuen WBS aktualisiert (Einspielung des neuen Verzeichnisses, Verwaltung der neuen Zuordnungen der Befreiungen/Leistungen). Am 18.11.2025 wurden SABES zusätzliche Kontrollen formalisiert (an Nicht-Ansässige verschriebene Leistungen – Extra-WBS-Leistungen, Befreiungen Extra-WBS, Extra-WBS-Leistungen in Verbindung mit WBS-Befreiungen; Kontrollvisiten infolge einer Verschlimmerung in Bezug auf den Befreiungscode für Pathologien; Unvereinbarkeiten zwischen im Landesverzeichnis der verschreibbaren Leistungen vorgesehenen Leistungscodes). Eine Rückmeldung zur weiteren Vorgehensweise steht noch aus. 3) Bereits im Jahr 2024 wurden der Autonomen Provinz Bozen (PAB) die Daten der dematerialisierten fachärztlichen Leistungen aus dem SAP zur Verfügung gestellt. Es wird noch auf deren Validierung sowie auf Anweisungen zur Aktivierung der periodischen Übermittlung gewartet. Für die Daten der dematerialisierten pharmazeutischen Verordnungen aus dem SAP wurde hingegen wie mit der PAB vereinbart vorgegangen, wobei der Fokus auf der Lösung der Problematiken im Zusammenhang mit dem Datenfluss der Krankenhaus- und Direktpharmazeutik lag. 4) Im Jahr 2025 wurden über 90 Treffen mit den zuständigen Ansprechpersonen (auch der PAB) zu folgenden Themen durchgeführt : • Ministerielle Informationsflüsse • PNNR-Flüsse: Familienberatungsstellen (SICOF), territoriale Rehabilitation (SIAR); Informationen für die Primärversorgung (SIAP) und Gemeinschaftskrankenhäuser • Einige weitere Informationsflüsse (ANA und BDPA, Ärzteregeister in Bezug auf die Anwendung für die Ausstellung von Rezeptblöcken / Ausweiskarten für die Ausgabe von Medizinprodukten, Prioritätsklassen; Befreiungen) • Im Rahmen der Treffen werden die Übermittlung der Flüsse an das Ministerium und deren Ergebnis hinsichtlich Volumen, Qualität und Aktualität überwacht • Die festgestellten Fehler werden analysiert • Etwaige Schwierigkeiten sowie Anforderungen an Updates oder Erweiterungen der verwendeten Software werden gesammelt • Die Referenten wurden bei der Analyse der Ursachen von Problemen und bei der Definition von Lösungen unterstützt. Erzielte Ergebnisse: Kontinuierliche Verbesserung der Datenqualität mit Reduktion der Anzahl der Fehler- und der abgelehnten Datensätze bei der Übermittlung an das Ministerium, auch wenn bei einigen Flüssen weiterhin Probleme hinsichtlich Vollständigkeit, Qualität und Aktualität bestehen 5) Sowohl das SAP "sistema di accoglienza provinciale" als auch die betriebliche Verschreibungssysteme (ePrescribe und IKIS) sowie die Leistungserbringungssysteme (CUPWeb, IKIS und Concerto) wurden an die auf nationaler Ebene veröffentlichten technischen Spezifikationen für die Verschreibung und Erbringung von Leistungen angepasst.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeles Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
37	POA		D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione. D) Informationssysteme und Datenträger. Verbesserung der Kommunikation.	Implementazione flussi provinciali Alimentazione completa e corretta di tutti i flussi della farmaceutica (Territoriale, Diretta, residenziale e DPC, Ospedaliera, Mobilità)	1. Recepimento da parte della Provincia e invio al Ministero di tutti i flussi di farmaceutica (Territoriale, Diretta residenziale e DPC, Ospedaliera, Mobilità) nei termini previsti dalle LG e/o concordati con la Provincia 2. Collegamento dei dispositivi medici in regime di ricovero e convenzionata esterna all'anagrafica dei pazienti 3. Pre e post-ricovero: implementazione nuova regolamentazione a livello aziendale (pre-ricovero ammesso in ogni ospedale della PAB con intervento effettuato in altro ospedale) 4. Implementazione flusso NPJA, alimentato sia dalle strutture pubbliche sia da quelle private convenzionate 5. 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 6. Implementazione del flusso Specialistica per Interni 7. Avvio a regime del flusso PNRR Ospedali di Comunità (cure intermedie) 8. Implementazione del flusso PNRR dell'assistenza primaria (SIAP) con avvio a regime da giugno 2025 9. Pieno allineamento del Centro di lungodegenza Firmian al flusso PNRR dell'assistenza residenziale FAR 10. Allineamento dei dati di Laboratorio con il flusso SIND tramite collegamento tra Laboratorio e SerD 11. Copertura dei dati di Registro protesico (anca, ginocchio e spalla) >= 95%; da raggiungere entro aprile dell'anno successivo a quello di riferimento (quest'anno hanno fatto fatica due ospedali: Merano e San Candido) 12. Realizzazione di Registro protesico SABES entro 2025 (attualmente AS non dispone di propria banca dati Registro protesico)		Punto 2 e punto 6 sono stati neutralizzati in accordo con il Direttore generale, perchè attualmente non realizzabili. 1. FARMTER: i dati sono in ritardo di circa 4 mesi rispetto alle scadenze. Prima il ritardo era di 1,5 anni. La qualità dei dati è buona. FARMDIRETTA: PAB non dispone dei dati 2025. Il nuovo sw SILOR era stato attivato ma sono presenti diversi problemi in corso di risoluzione. È previsto in merito un incontro tra referenti organizzativi, informatici e provinciali per definire le soluzioni. DPC: non vi sono problemi. FARMOS: Il flusso è in linea con le scadenze. 3. L'implementazione del flusso relativo al pre- e post-ricovero è previsto per il 1.7.2026 e dunque l'indicatore è da neutralizzare per il 2025 e rinviare al futuro. La nuova regolamentazione partirà quando sarà messa a regime. 4. Il flusso ministeriale NPJA non è stato ancora istituito e dunque l'indicatore è da neutralizzare per il 2025 e rinviare al futuro. In data 21.11.2025 è stato effettuato il primo caricamento dei dati NPJA rendicontati dal servizio all'interno di CUPWeb. In fase di caricamento, sono sati riscontrati numerosi errori nella configurazione della piattaforma di accoglienza provinciale, che sono stati prontamente segnalati al referente provinciale del flusso e risolti solo in data 30.12.2025. Pertanto, è stato possibile procedere al caricamento dei dati solo nel mese di gennaio 2026. Per la parte derivante dai privati convenzionati, è stato messo a loro disposizione la possibilità di rendicontare le prestazioni da loro erogate su CUPWEB. purtroppo, manca la collaborazione delle strutture e un accordo contrattuale per garantire lo svolgimento dell'attività necessaria. 5. Prestazioni specialistiche ambulatoriali: il nuovo nomenclatore è stato adottato secondo le tempistiche previste dal ministero e non presenta problemi. 7. Il flusso PNRRin relazione agli Ospedali di comunità (in attesa del decreto ministeriale di istituzione) non è stato alimentato in considerazione del fatto che nel 2025 non sono ancora stati attivati gli ospedali di comunità e dunque l'indicatore è da neutralizzare per il 2025 e rinviare al futuro. 8. Per l'implementazione del flusso PNRR dell'assistenza primaria (SIAP) è stato emanato il decreto istitutivo ma si è in attesa delle specifiche tecniche del Ministero dunque l'indicatore è da neutralizzare per il 2025 e rinviare al futuro. 9. Per quanto riguarda l'allineamento del Centro di lungodegenza Firmian al flusso PNRR dell'assistenza residenziale FAR i dati anagrafici dei pazienti e dati amministrativi sono stati inseriti. 10. È stato implementato il nuovo sw GEDI presso il Ser.D. I dati pregressi sono stati importati con errore. Il laboratorio sarà collegato con GEDI nell'anno 2026. 11. Copertura dati registro: alla data del 30.10.25 la completezza dei dati di registro anca è 63%, mentre per protesi ginocchio 70%. Il deficit dati è dovuto a Merano-Silandro, per mancanza di risorse umane per questo scopo. Questi dati arrivano con un certo ritardo. La proposta discussa con la Provincia è di porre il problema nella prima riunione Nuvas disponibile, coinvolgendo l'ufficio provinciale e referenti ortopedia Merano. 12. Il registro protesico Sabes è stato delineato nella sua "architettura" e sono stati attivati i referenti sia lato software house sia ripartizione informatica. Si tratta comunque di uno sviluppo, assegnato al fornitore Ascom, ma le cui attività sono messe in coda al deploy di NGH.
							Punkt 2 und Punkt 6 wurden in Absprache mit dem Generaldirektor neutralisiert, da sie derzeit nicht realisierbar sind. 1) FARMTER: Die Daten liegen etwa 4 Monate hinter den Fälligkeiten zurück. Zuvor betrug die Verzögerung 1,5 Jahre. Die Datenqualität ist gut. FARMDIRETTA: Das PAB verfügt nicht über die Daten 2025. Die neue Software SILOR wurde aktiviert, jedoch bestehen mehrere Probleme, die derzeit behoben werden. Ein Treffen zwischen organisatorischen, informatischen und landesweiten Referenten ist vorgesehen, um Lösungen festzulegen. DPC: Es bestehen keine Probleme. FARMOS: Der Datenfluss entspricht den vorgesehenen Fälligkeiten. 3) Die Implementierung des Flusses zum prä- und poststationären Aufenthalt ist für den 1.7.2026 vorgesehen. Daher ist der Indikator für 2025 zu neutralisieren und in die Zukunft zu verschieben. Die neue Regelung tritt erst in Kraft, wenn sie vollständig implementiert ist. 4) Der ministerielle NPJA-Datenfluss wurde noch nicht eingeführt und daher ist der Indikator für 2025 zu neutralisieren und in die Zukunft zu verschieben. Am 21.11.2025 wurde die erste Datenladung der vom Dienst gemeldeten NPJA-Daten innerhalb von CUPWeb durchgeführt. Beim Hochladen wurden zahlreiche Fehler in der Konfiguration der landesweiten Empfangsplattform festgestellt, die dem zuständigen Landesreferentengemeldet und erst am 30.12.2025 behoben wurden. Daher war es möglich, die Daten erst im Januar 2026 hochzuladen. Für den Bereich der privaten Vertragseinrichtungen wurde die Möglichkeit geschaffen, die von ihnen erbrachten Leistungen in CUPWEB zu melden. Leider fehlt es an der Zusammenarbeit der Einrichtungen sowie an einer vertraglichen Vereinbarung, um die notwendige Tätigkeit sicherzustellen. 5) Ambulante fachärztliche Leistungen: Der neue Nomenklator wurde gemäß den ministeriellen Vorgaben eingeführt und weist keine Probleme auf. 7) Der PNRR-Datenfluss in Bezug auf die Gemeinschaftskrankenhäuser (wartet noch auf das ministerielle Einführungsdekret) wurde nicht gespeist, da die Gemeinschaftskrankenhäuser im Jahr 2025 noch nicht aktiviert wurden. Daher ist der Indikator für 2025 zu neutralisieren und in die Zukunft zu verschieben. 8) Für die Implementierung des PNRR-Datenflusses der Primärversorgung (SIAP) wurde zwar das Einführungsdekret erlassen, jedoch wartet man noch auf die technischen Spezifikationen des Ministeriums. Daher ist auch dieser Indikator für 2025 zu neutralisieren und in die Zukunft zu verschieben. 9) Bezüglich der Angleichung des Langzeitpflegezentrums Firmian an den PNRR-Datenfluss der stationären Versorgung FAR wurden die Patientendaten und die administrativen Daten erfasst. 10) Die neue Software GEDI wurde beim Ser.D. implementiert. Die Altdaten wurden fehlerhaft importiert. Das Labor wird im Jahr 2026 an GEDI angebunden. 11) Abdeckungsgrad Registerdaten: Mit Stand 30.10.25 beträgt die Vollständigkeit der Hüftregisterdaten 63 %, jene für Knieprothesen 70 %. Das Daten-defizit betrifft Meran-Schlanders, bedingt durch fehlende personelle Ressourcen für diesen Zweck. Die Daten kommen mit einer gewissen Verzögerung. Der mit dem Land abgestimmte Vorschlag ist, das Thema in der nächsten verfügbaren Nuvas-Sitzung zu behandeln und dabei das Landesamt sowie die orthopädischen Referenten aus Meran einzubeziehen. 12) Das prothetische SABES-Register wurde in seiner „Architektur“ definiert, und die Referenten sowohl auf Seiten der Softwarefirma als auch der Informatikabteilung wurden aktiviert. Es handelt sich jedoch um eine Entwicklung, die dem Anbieter Ascom zugewiesen wurde, deren Aktivitäten aber nach dem Deployment von NGH in der Priorität nachgereiht sind
38	POA		D) Sistemi informativi e supporti informatici. Miglioramento nella comunicazione. D) Informationssysteme und Datenträger. Verbesserung der Kommunikation.	Revisione flussi informativi. Avanzamento del progetto "revisione dei flussi informativi" Überprüfung der Informationsflüsse. Fortschritt des Projekts „Überprüfung der Informationsflüsse"	Risolve le criticità emerse secondo il piano operativo di intervento riferito al 2025 Kritizitäten, die sich aus dem operativen Interventionsplan für 2025 ergeben haben, wurden gelöst.		Azioni Intraprese: Nel 2025 sono stati svolti oltre 90 incontri con i referenti (anche della PAB) di: • flussi informativi Ministeriali • flussi PNRR: Consultori familiari (SICOF), Riabilitazione territoriale (SIAR); Informativa per Cure primarie (SIAP) e Ospedali di comunità • alcuni flussi informativi (ANA e BDPA, Anagrafe medici rispetto all'applicativo dispensazione ricettari / Tessere presidi sanitari medici, Classi priorità; Esenzioni) • Nel corso degli incontri vengono monitorati la trasmissione dei flussi al Ministero e il relativo esito in termini di volumi, qualità e tempestività • Sono analizzati gli errori riscontrati • Sono raccolte le eventuali criticità ed esigenze di aggiornamento o potenziamento dei software utilizzati • I referenti sono stati supportati nell'analisi delle cause dei problemi e nella definizione di soluzioni. Risultato raggiunto: progressivo miglioramento della qualità dei dati, con minori volumi di errori e scarti in fase di invio al Ministero, anche se per alcuni flussi sono ancora presenti criticità relative a completezza, qualità e tempestività Ergriffene Maßnahmen: Im Jahr 2025 wurden über 90 Treffen mit den zuständigen Ansprechpersonen (auch der PAB) zu folgenden Themen durchgeführt: • Ministerielle Informationsflüsse • PNRR-Flüsse: Familienberatungsstellen (SICOF), territoriale Rehabilitation (SIAR); Informationen für die Primärversorgung (SIAP) und Gemeinschaftskrankenhäuser • Einige weitere Informationsflüsse (ANA und BDPA, Ärztereister in Bezug auf die Anwendung für die Ausstellung von Rezeptblöcken / Ausweiskarten für die Ausgabe von Medizinprodukten, Prioritätsklassen; Befreiungen) • Im Rahmen der Treffen werden die Übermittlung der Flüsse an das Ministerium und deren Ergebnis hinsichtlich Volumen, Qualität und Aktualität überwacht • Die festgestellten Fehler werden analysiert • Etwaige Schwierigkeiten sowie Anforderungen an Updates oder Erweiterungen der verwendeten Software werden gesammelt • Die Referenten wurden bei der Analyse der Ursachen von Problemen und bei der Definition von Lösungen unterstützt. Erzielte Ergebnisse: Kontinuierliche Verbesserung der Datenqualität mit Reduktion der Anzahl der Fehler- und der abgelehnten Datensätze bei der Übermittlung an das Ministerium, auch wenn bei einigen Flüssen weiterhin Probleme hinsichtlich Vollständigkeit, Qualität und Aktualität bestehen

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
39	POA		E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera. Controllo della qualità e degli esiti. E) Verbesserte Vernetzung in der Krankenhausversorgung. Kontrolle der Qualität und der Ergebnisse.	PDTA della rete tempo-dipendente. Stroke unit e altri PDTA della rete tempo-dipendente. Zeitabhängige Netz-PDTAs. Stroke Unit und andere PTDAs des zeitabhängigen Netzwerks.	PDTA dello stroke unit monitorato con relazione esiti PDTA der Stroke Unit und Überprüfung mittels Ergebnisbericht		Il PDTA "stroke" , dopo essere stato ultimato è stato approvato e reso un documento ufficiale aziendale. L'idea del monitoraggio degli esiti tramite l'analisi dei dati forniti da AGENAS non può essere applicata facilmente. Infatti, i dati forniti da AGENAS oggi si riferiscono a periodi storici di oltre un anno nel passato. Per verificare l'impatto che il nuovo PDTA Stroke ha sulla gestione degli ictus cerebrali in Provincia, proponiamo l'utilizzo dei dati ANGELS. I dati ANGELS sono raccolti ed elaborati con l'approvazione della nostra Associazione Italiana Ictus (ISA). Angels è un'associazione no profit che valuta la qualità del servizio Stroke nel mondo in base ad alcuni parametri clinici che le stroke unit forniscono a campione a scadenze fisse biannuali. Su Questa base nel 2024 abbiamo avuto 56 pazienti campionati, mentre nel 2025 abbiamo avuto 53 pazienti. Il tempo medio per l' inizio della terapia riperfusiva endovenosa una volta arrivati in PS (cosidetto DTN: door to needle) è stato di 37-43 minuti nel 2024 e di 46-50 minuti nel 2025. Entrambi ottimi, ma in leggero peggioramento nel 2025. Il tempo medio per l' inizio della terapia riperfusiva meccanica una volta arrivati in PS (cosidetto DTG: door to groin) è stato di 87-123 minuti nel 2024 e di 90-104 minuti nel 2025. In miglioramento. Lo screening della disfagia dei pazienti colpiti da ictus entro le 24 ore nel 2024 è stato raggiunto nel 97% dei casi. Nel 2025 nel 100% dei casi. Ottimi entrambi e in miglioramento. Su questa base, l'implementazione finale del PDTA, che di fatto era già operativamente effettivo ben prima della sua pubblicazione, non ha alterato la performance e la qualità nella gestione degli ictus cerebrali, ma anzi, in alcuni aspetti, pare abbia migliorato la performance. Una volta a pieno regime, i prossimi anni di monitoraggio ci mostreranno dati più robusti sulla qualità del servizio stroke fornito in Provincia di Bolzano. Der Stroke PDTA wurde nach seiner Fertigstellung genehmigt und als offizielles Dokument des Sanitätsbetriebs veröffentlicht. Die Idee, die Ergebnisse durch die Analyse der von AGENAS bereitgestellten Daten zu überwachen, lässt sich jedoch nicht leicht umsetzen. Tatsächlich beziehen sich die derzeit von AGENAS gelieferten Daten auf Zeiträume, die mehr als ein Jahr zurückliegen. Um die Auswirkungen des neuen Stroke PDTA auf das Management der Schlaganfälle in der Provinz zu überprüfen, schlagen wir daher die Nutzung der ANGELS Daten vor. Die ANGELS Daten werden mit Zustimmung unserer Italienischen Schlaganfallgesellschaft (ISA) erhoben und ausgewertet. Angels ist eine gemeinnützige Organisation, die die Qualität der Schlaganfallversorgung weltweit anhand bestimmter klinischer Parameter bewertet, welche die Stroke Units halbjährlich stichprobenartig übermitteln. Auf dieser Grundlage wurden im Jahr 2024 insgesamt 56 Patienten erfasst, im Jahr 2025 waren es 53 Patienten. Die durchschnittliche Zeit bis zum Beginn der intravenösen Reperfusionstherapie nach Eintreffen in der Notaufnahme (sogenannte DTN Zeit: door to needle) lag 2024 bei 37–43 Minuten und 2025 bei 46–50 Minuten. Beide Werte sind sehr gut, zeigen jedoch 2025 eine leichte Verschlechterung. Die durchschnittliche Zeit bis zum Beginn der mechanischen Reperfusionstherapie nach Eintreffen in der Notaufnahme (sogenannte DTG Zeit: door to groin) lag 2024 bei 87–123 Minuten und 2025 bei 90–104 Minuten. Hier zeigt sich eine Verbesserung. Das Screening auf Dysphagie innerhalb von 24 Stunden nach Schlaganfall wurde 2024 in 97 % der Fälle durchgeführt, 2025 in 100 % der Fälle. Beide Werte sind ausgezeichnet und zeigen eine weitere Verbesserung. Auf dieser Grundlage hat die endgültige Implementierung des PDTA – der in der Praxis bereits lange vor seiner Veröffentlichung operativ wirksam war – die Leistung und Qualität der Schlaganfallversorgung nicht beeinträchtigt, sondern scheint diese in einigen Aspekten sogar verbessert zu haben. Sobald der PDTA vollständig etabliert ist, werden die kommenden Jahre ein robusteres Monitoring ermöglichen und aussagekräftigere Daten über die Qualität der Schlaganfallversorgung in der Provinz Bozen liefern.
40	POA		E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera. Controllo della qualità e degli esiti. E) Verbesserte Vernetzung in der Krankenhausversorgung. Kontrolle der Qualität und der Ergebnisse.	Sistema di controllo e valutazione qualità ed esiti delle strutture private. Rafforzamento del NUVAS e sviluppo del sistema di rilevazione della qualità ed esiti. Überwachungssystem und Qualitätsbewertung und Berichte über die privaten Einrichtungen. Stärkung von NUVAS und Entwicklung des Qualitäts- und Ergebnisüberwachungssystems.	1. Struttura consolidata e rafforzata nella dotazione organica di personale dedicato 2. Indicatori incrementati e calcolati tempestivamente 3. Verifiche effettuate regolarmente e Audit di PAB e AS 4. Miglioramenti apportati rispetto agli audit effettuati dalla PAB 5. Relazioni predisposte complete e tempestive 1. Konsolidierte und verstärkte Struktur der verfügbaren Personalressourcen 2. Erhöhte und zeitnah berechnete Indikatoren 3. Regelmäßig durchgeführte Kontrollen und Audits von APB und Sanitätsbetrieb 4. Verbesserungen in Hinblick auf die von der APB durchgeführten Audits 5. Vollständige und rechtzeitige Erstellung von Berichten		1. Il gruppo NUVAS è stato incrementato nel numero dei suoi membri ed è presente un rappresentante medico ed amministrativo per ogni comprensorio, gli incontri dei membri NUVAS sono diventati mensili. 2. sono stati incrementati gli indicatori e calcolati tempestivamente, per esempio tasso di ospedalizzazione della BPCO. 3. e 4. Sono stati eseguiti 2 audit: - Ginecologia: la citicità rilevata dal PNE riguarda il reintervento del tumore della mammella al di sopra delle media nazionale, con esito di reintervento entro 30 giorni dovuti alla mancata presenza dell'anatomopatologo presso la struttura. Definizione dei miglioramenti da apportare e informativa alla Direzione Sanitaria aziendale. Il controllo dell'indicatore verrà eseguito mese per mese. - BPCO: le verifiche sono state effettuate per quanto riguarda le criticità rilevate dal PNE e le relative misure di miglioramento sono state adottate. Il controllo dell'indicatore verrà eseguito mese per mese. 5. La relazione delle attività del Nuvas è stata inviata alla Ripartizione Salute in febbraio 2026. 1. Die NUVAS-Gruppe wurde in der Anzahl ihrer Mitglieder erweitert und es ist nun für jeden Bezirk ein Vertreter vorhanden. Mit der Pensionierung von Dr.in Richter ist ein neues Mitglied, Dr.in Marcato, in die NUVAS eingetreten. Das Verwaltungspersonal für das Krankenhaus Schlандers wurde aufgestockt und die Treffen der NUVAS-Mitglieder finden nun monatlich statt. Wir bereiten derzeit den Bericht über alle Tätigkeiten des NUVAS vor, der an das Assessorat übermittelt wird. 2. Die Indikatoren wurden erweitert und zeitgerecht berechnet, zum Beispiel die Hospitalisierungsrate der COPD. 3. und 4. Es wurden zwei Audits durchgeführt: Gynäkologie: Die vom PNE festgestellte Auffälligkeit betrifft die über dem nationalen Durchschnitt liegende Re-Operation beim Mammakarzinom innerhalb von 30 Tagen, verursacht durch das Fehlen eines Pathologen in der Einrichtung. Die notwendigen Verbesserungsmaßnahmen wurden definiert und der Unternehmenssanitätsdirektion mitgeteilt. Die Kontrolle des Indikators erfolgt monatlich. COPD: Die Überprüfungen wurden im Hinblick auf die vom PNE festgestellten kritischen Punkte durchgeführt und die entsprechenden Verbesserungsmaßnahmen wurden umgesetzt. Die Kontrolle des Indikators erfolgt monatlich. 5. Der Bericht über die Tätigkeiten des NUVAS wurde der Abteilung Gesundheit im Februar 2026 übermittelt.
41	POA		E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera. Controllo della qualità e degli esiti. E) Verbesserte Vernetzung in der Krankenhausversorgung. Kontrolle der Qualität und der Ergebnisse.	Sviluppo e integrazione delle sale operatorie. Messa in rete della OP e gestione unitaria a livello aziendale delle liste d'attesa per un intervento chirurgico in OP. Entwicklung und Integration von Operationssälen. Vernetzung der OPs und einheitliche, betriebsweite Verwaltung der Wartelisten für OPs.	1. Le sale operatorie sono messe in rete 2. Le liste d'attesa per le OP sono gestite in maniera unitaria a livello aziendale (senza che il paziente debba richiedere l'inserimento in lista in un secondo o terzo ospedale della provincia, ricominciando la procedura ex novo) 1. Die Operationssäle sind vernetzt 2. Die Wartelisten für OPs werden betriebsweit einheitlich verwaltet (ohne dass der Patient in einem zweiten oder dritten Krankenhaus im Land einen Antrag auf Aufnahme in die Liste stellen und das Verfahren von vorne beginnen muss)		1) OP Konferenz e Dashboard di Sala Operatoria: L'OP Konferenz, organo gestionale dei blocchi operatori di ASDAA, si riunisce almeno due volte all'anno con la partecipazione della Direzione sanitaria, della Direzione tecnico assistenziale e dei coordinatori medici e infermieristici. Le riunioni seguono un ordine del giorno formalizzato e possono prevedere il coinvolgimento di esperti esterni. Ogni seduta include la presentazione dei dati dei blocchi operatori tramite la dashboard SOP e si conclude con la redazione del verbale. La dashboard di sala operatoria, aggiornata mensilmente, fornisce dati di programmazione, esecuzione, efficienza e produzione, ed è distribuita alle Direzioni e ai coordinatori come strumento di monitoraggio. Nel 2025 sono stati organizzati incontri dedicati all'analisi congiunta dei dati. Con dicembre 2025 è stata completata la migrazione alla piattaforma Ascom per la gestione unificata della programmazione e dell'attività intraoperatoria, consentendo un'evoluzione della dashboard verso una copertura completa degli indicatori previsti. 2) Dashboard Aziendale delle Liste di Attesa Chirurgiche: Nel 2025 è stata sviluppata una dashboard aziendale per il monitoraggio delle liste di attesa chirurgiche, basata sui dati dei sistemi ASCOM e iKIS. Si tratta di un primo prototipo che sarà perfezionato con l'introduzione del modulo aziendale dedicato, in grado di calcolare in modo più accurato i tempi di attesa reali. La dashboard, aggiornata trimestralmente (almeno per Bolzano), riporta per ciascuna disciplina il numero di pazienti in attesa, le classi di priorità e i casi fuori soglia. L'implementazione di ASCOM nei diversi comprensori ha reso complessa l'omogeneità dei dati, soprattutto per la gestione dello storico, ma rappresenta comunque un passo fondamentale verso un sistema strutturato e analitico di governo delle liste di attesa. 1) OP Konferenz und OP Dashboard: Die OP Konferenz, das leitende Gremium der Operationsbereiche des Südtiroler Sanitätsbetriebs, tagt mindestens zweimal jährlich unter Beteiligung der Sanitätsdirektion, der Pflegedirektion sowie aller ärztlichen und pflegerischen OP Koordinatorinnen und Koordinatoren. Die Sitzungen folgen einer formalisierten, vorab abgestimmten Tagesordnung; bei Bedarf können externe Fachpersonen eingeladen werden. Jede Sitzung umfasst eine kurze Darstellung der Leistungsdaten der einzelnen OP Bereiche anhand des SOP Dashboards und endet mit der Erstellung und Verteilung des Protokolls. Das OP Dashboard, das monatlich aktualisiert wird, enthält strukturierte Daten zur Planung, Durchführung, Effizienz und Produktion und dient den Direktionen und Koordinatoren als operatives Steuerungsinstrument. Im Jahr 2025 wurden gemeinsame Analysesitzungen organisiert, um die Datennutzung weiter zu vertiefen. Mit Dezember 2025 wurde die Migration auf die Ascom Plattform für die einheitliche OP Planung und intraoperative Dokumentation abgeschlossen, wodurch eine unternehmensweit einheitliche Datenquelle geschaffen wurde. Das Dashboard kann somit schrittweise weiterentwickelt werden, um alle im geltenden Regelwerk vorgesehenen Indikatoren systematisch abzubilden. 2) Unternehmensweites Dashboard der chirurgischen Wartelisten: Im Jahr 2025 wurde ein unternehmensweites Dashboard zur Überwachung der chirurgischen Wartelisten entwickelt, basierend auf Daten aus ASCOM und iKIS. Dieser erste strukturierte Prototyp Instrument wird mit der Einführung des neuen Unternehmensmoduls für die Wartelistenverwaltung weiter verfeinert, um präzisere und konsistente Berechnungen der tatsächlichen Wartezeiten zu ermöglichen. Das Dashboard, das mindestens für den Gesundheitsbezirk Bozen vierteljährlich erstellt wird, zeigt für jede Fachrichtung die Anzahl der wartenden Patientinnen und Patienten, die Prioritätsklassen sowie die Fälle außerhalb der Zielvorgaben. Die Einführung von ASCOM in den Bezirken Meran, Brixen und Bruneck erschwerte aufgrund der Datenhistorie die Erstellung vollständig homogener Ergebnisse, stellt jedoch einen wichtigen Schritt hin zu einem systematischen und analytischen Management der chirurgischen Wartelisten auf Unternehmensebene dar.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuerhandeles Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
42	POA		E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera. Controllo della qualità e degli esiti. E) Verbesserte Vernetzung in der Krankenhausversorgung. Kontrolle der Qualität und der Ergebnisse.	Governo del pre e post-ricovero. Pre e post-ricovero: implementazione nuova regolamentazione a livello aziendale (pre-ricovero ammesso in ogni ospedale della PAB con intervento effettuato in altro ospedale) e alimentazione flusso. Steuerung Prä- und Posthospitalisierung Prä- und Posthospitalisierung: Umsetzung der neuen Regelungen auf betriebsweiter Ebene (Prähospitalisierung in jedem Krankenhaus der APB vorgesehen und chirurgischer Eingriff in einem anderen Krankenhaus durchgeführt) und Bereitstellung des Datenflusses.	Implementazione nuova regolamentazione pre e post-ricovero: 1. pre-ricovero aziendale (non stessa struttura che eroga ricovero/attuale regolamentazione): le procedure aziendali sono approvate e implementate 2. il flusso provinciale è alimentato 3. E' implementato il pagamento per chi rifiuta il ricovero 4. Post ricovero: è stesa la procedura aziendale e sono implementate le nuove modalità di regolamentazione Umsetzung der neuen Regelungen für die Prä- und Posthospitalisierung: 1. Betriebsweite Prähospitalisierung (nicht die selbe Struktur welche die Aufnahme tätigt/aktuelle Regelung): Betriebliche Verfahren werden genehmigt und umgesetzt 2. Landes-Dantenfluss wird gespeist 3. Zahlung für die Verweigerung der Aufnahme wird eingeführt 4. Post-Hospitalisierung: Betriebliche Prozedur ist ausgearbeitet und die neuen Regelungen werden umgesetzt		OBIETTIVO NEUTRALIZZATO E' stata condivisa da parte della referente della Amministrazione Provinciale la bozza di delibera riguardante la nuova disciplina delle prestazioni di pre- e post- ricovero, con richiesta di fornire un feedback entro il 17/10/2025. Il riscontro è stato trasmesso per tempo alla Direzione Generale e poi inviato in Assessorato in data 20.10.2025. Tuttavia, la delibera è stata approvata in Giunta Provinciale (DGP n. 839 del 17.10.2025 "Disciplina delle prestazioni pre- e post-ricovero/intervento programmato") in data 17.10.2025, prima dell'invio delle osservazioni. Pertanto le varie richieste di modifica avanzate da SABES non hanno trovato luogo (ad es. la richiesta di non prevedere l'adozione di un provvedimento interno per ricoveri non eseguiti per volontà del paziente). L'esecuzione della delibera trova applicazione a partire dal 01.07.2026 e la sua implementazione è obiettivo BSC 2026. Von der Referentin der Landesverwaltung wurde der Entwurf eines Beschlusses zur neuen Regelung der Leistungen vor und nach einem stationären Aufenthalt geteilt, mit der Bitte, bis zum 17.10.2025 eine Rückmeldung zu übermitteln. Die Stellungnahme wurde fristgerecht an die Generaldirektion übermittelt und am 20.10.2025 an das Assessorat weitergeleitet. Der Beschluss wurde jedoch bereits am 17.10.2025 in der Landesregierung genehmigt (LRB Nr. 839 vom 17.10.2025 „Regelung der Leistungen vor und nach stationärem Aufenthalt/geplantem Eingriff“), also vor der Übermittlung der Anmerkungen. Daher konnten die von SABES eingebrachten Änderungswünsche keine Berücksichtigung finden (z. B. der Antrag, keinen internen Verwaltungsakt für aus Patientenwillen nicht durchgeführte Krankenhausaufenthalte vorzusehen). Die Anwendung des Beschlusses ist ab dem 01.07.2026 vorgesehen, und seine Umsetzung ist als BSC-Ziel 2026 definiert.
43	POA		E) Sviluppo in rete dell'assistenza ospedaliera. Controllo della qualità e degli esiti. E) Verbesserte Vernetzung in der Krankenhausversorgung. Kontrolle der Qualität und der Ergebnisse.	Creazione di un gruppo per gli audit, volto alla verifica di problemi codifica che portano ad indicatori valutati negativamente (vedi Piano Nazionale Esiti - PNE, Bersaglio) Einsetzung eines Audit-Teams zur Überprüfung von Kodierungsproblemen, die zu negativ bewerteten Indikatoren führen (siehe PNE, Bersaglio)	Creazione di un gruppo per gli audit, volto alla verifica di problemi codifica che portano ad indicatori valutati negativamente (vedi PNE, Bersaglio) Einsetzung eines Audit-Teams zur Überprüfung von Kodierungsproblemen, die zu negativ bewerteten Indikatoren führen (siehe PNE, Bersaglio)		Il gruppo di Audit è stato creato ed è già operativo; il referente NUVAS partecipa a tutti gli audit e nel gruppo di lavoro a seconda delle necessità sono chiamati medici appartenenti alle diverse specialità. Diversi Audit sono già stati eseguiti e altri sono in programma di esecuzione per l'anno 2026 sempre in relazione alle criticità rilevate dal PNE. Indicatore per questa attività è la esecuzione del 100% degli Audit delle criticità emerse secondo il PNE. Die Audit-Gruppe wurde eingerichtet und ist bereits operativ tätig; der NUVAS-Referent nimmt an allen Audits teil und je nach Bedarf werden Ärzte verschiedener Fachrichtungen in die Arbeitsgruppe einbezogen. Mehrere Audits wurden bereits durchgeführt, und weitere sind für das Jahr 2026 geplant, jeweils in Bezug auf die vom PNE festgestellten Kritzitäten. Als Indikator für diese Tätigkeit gilt die Durchführung von 100 % der Audits zu den im PNE hervorgehobenen kritischen Punkten.
44	POA		A) Sviluppo dell'assistenza territoriale e integrazione socio-sanitaria. A) Ausbau der wohnortnahen Versorgung und gesundheitlich soziale Vernetzung	Rafforzamento dell'assistenza territoriale Rafforzamento dell'assistenza territoriale ai sensi degli obiettivi PNRR Verstärkung der wohnortnahen Versorgung Stärkung der wohnortnahen Versorgung im Einklang mit den PNRR-Zielen	1. È elaborato sulla base dei criteri impartiti ai comprensori nel 2024, entro febbraio 2025 il piano triennale per l'assistenza territoriale. 2. L'implementazione del piano è avviata entro giugno 2025. 3. Entro ottobre 2025 i comprensori presentano le proposte per il triennio 2026-2028, incluse nel piano generale della direzione aziendale 1. Der dreijährige Plan für wohnortnahe Versorgung ist innerhalb Februar 2025, auf der Basis der im Jahr 2024 den Bezirken vorgegebenenen Kriterien, ausgearbeitet. 2. Umsetzung des Plans beginnt innerhalb Juni 2025. 3. Innerhalb Oktober 2025 präsentieren die Bezirke ihre Vorschläge für den Dreijahreszeitraum 2026-2028, die im allgemeinen Plan der betrieblichen Direktion enthalten sind		27/08/2024 - Delibera GP 712 - Linee di indirizzo per la definizione delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige 20/11/2024 - Lettera prot. 142877 del Direttore generale, con l'incarico ai direttori di Comprensorio dell'elaborazione del piano delle attività territoriali 26/02/2025 - presentazione da parte dei referenti dei comprensori sanitari dei piani durante un apposito workshop e trasmissione alla direzione generale Dopo la ricezione dei piani comprensoriali la Direzione ha deciso una modifica per la stesura dei PAT. Prima la Direzione definisce un piano triennale (entro il 31 ottobre), poi i Comprensori scrivono il loro piano annuale (entro il 31 dicembre) 04/11/2025 - Delibera n. 1079 del DG: Approvazione del piano delle attività territoriali dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige per il triennio 2025-2027 19/12/2025 - Approvazione della determina 2025-ME-721 23/12/2025 - Approvazione della determina 2025-BX-501 21/01/2025 - Approvazione della determina 2026-BZ-32 14/01/2026 - Approvazione della determina 2026-BK-5 27.08.2024 – Beschluss der Landesregierung Nr. 712 – Leitlinien für die Definition der territorialen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs 20.11.2024 – Schreiben Prot. 142877 des Generaldirektors mit dem Auftrag an die Bezirksdirektoren zur Ausarbeitung des Plans der territorialen Tätigkeiten 26.02.2025 – Vorstellung der Pläne durch die Vertreter der Gesundheitsbezirke im Rahmen eines speziellen Workshops und Übermittlung an die Generaldirektion Nach Erhalt der Bezirkspläne hat die Direktion eine Änderung für die Ausarbeitung der PAT beschlossen. Zuerst erstellt die Direktion einen Dreijahresplan (bis zum 31. Oktober), anschließend verfassen die Bezirke ihren Jahresplan (bis zum 31. Dezember). 04.11.2025 – Beschluss Nr. 1079 des Generaldirektors: Genehmigung des Plans der territorialen Tätigkeiten des Südtiroler Sanitätsbetriebs für den Zeitraum 2025–2027 19.12.2025 – Genehmigung der Maßnahme 2025-ME-721 23.12.2025 – Genehmigung der Maßnahme 2025-BX-501 21.01.2025 – Genehmigung der Maßnahme 2026-BZ-32 14.01.2026 – Genehmigung der Maßnahme 2026-BK-5
45	POA		C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Ottimizzazione dell'assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici Miglioramento della distribuzione del farmaco nel territorio e del sistema di prescrizione e distribuzione dei dispositivi medici Optimierung der pharmazeutischen Versorgung und der Medizinprodukte Verbesserung der Verteilung der Medikamente im Territorium und des Verschreibungs- und Verteilungssystems für Medizinprodukte	È 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 anche l'estensione del servizio alle case per anziani. Ein fertiggestelltes Projekt für die Verwaltung von Medikamenten, auch in einer maßgeschneiderten Einheitsdosis für öffentliche Krankenhäuser und territoriale Einrichtungen (Bezirke, Gemeindeheime, Gemeindekrankenhäuser), ist ausgearbeitet. Das Projekt sieht auch eine Erweiterung der Dienste für Altenheime vor.		È stato elaborato il progetto per implementare la dose unitaria nelle strutture pubbliche ospedaliere e nelle residenze per anziani. Das Projekt zur Einführung der unit dose in den öffentlichen Krankenhäuser und Seniorenwohnheimen wurde ausgearbeitet.

Nr.	Fon te	BSC 2025	Macro obiettivo Makroziel	Obiettivo 2025 Ziel 2025	Risultato atteso 2025 Erwartetes Ergebnis 2025	Risultato atteso rinegoziato 2025 Neuverhandeltes Erwartetes Ergebnis 2025	Relazione di raggiungimento dell'obiettivo Abschlussbricht zur Zielerreichung
35a	POA		C) Risorse umane: sviluppo, reclutamento e fidelizzazione. Università, ricerca e innovazione. Sviluppo sistemi e procedure di programmazione e controllo. C) Humanressourcen: Entwicklung, Anwerbung, Betriebsbindung. Universität, Forschung und Innovation. Entwicklung von Systemen und Verfahren zur Planung und Kontrolle.	Maggiori entrate aziendali e migliore riscossione crediti. Pronto soccorso Bolzano (con accettazione h24) Höhere betriebliche Einnahmen und besseres Inkasso. Notaufnahme Bozen (mit 24-Stunden-Schalter)	L'80% delle prestazioni erogate in Pronto Soccorso nella fascia contrattuale di "Privato pagante" (dove non segue un successivo ricovero) vengono pagate agli sportelli di accettazione del Pronto Soccorso. Questo avviene a conclusione del trattamento del paziente al momento della consegna del verbale di Pronto Soccorso contenente le prestazioni erogate e dell'indicazione da parte del personale sanitario a rivolgersi agli sportelli di accettazione PS per l'emissione della fattura e il dovuto pagamento. 80% der in der Notaufnahme erbrachten Leistungen im Vertragsbereich „Private Zahlende“ (ohne anschließender stationärer Aufnahme) werden bei der Annahmestelle der Notaufnahme bezahlt. Dies geschieht am Ende der Behandlung des Patienten, wenn der Bericht der Notaufnahme mit den erbrachten Leistungen ausgehändigt wird und der Patient vom sanitärem Personal angehalten wird, sich zu den Aufnahmeschalter der Notaufnahme für die Erstellung der Rechnung und der entsprechenden Zahlung zu begeben.	Il 60% delle prestazioni erogate in Pronto Soccorso nella fascia contrattuale di "Privato pagante" (dove non segue un successivo ricovero) vengono pagate agli sportelli di accettazione del Pronto Soccorso. Questo avviene a conclusione del trattamento del paziente al momento della consegna del verbale di Pronto Soccorso contenente le prestazioni erogate e dell'indicazione da parte del personale sanitario a rivolgersi agli sportelli di accettazione PS per l'emissione della fattura e il dovuto pagamento. 60%der in der Notaufnahme erbrachten Leistungen im Vertragsbereich „Private Zahlende“ (ohne anschließender stationärer Aufnahme) werden bei der Annahmestelle der Notaufnahme bezahlt. Dies geschieht am Ende der Behandlung des Patienten, wenn der Bericht der Notaufnahme mit den erbrachten Leistungen ausgehändigt wird und der Patient vom sanitärem Personal angehalten wird, sich zu den Aufnahmeschalter der Notaufnahme für die Erstellung der Rechnung und der entsprechenden Zahlung zu begeben.	Tra i pazienti che, dopo la conclusione del trattamento, al momento della consegna del verbale di Pronto Soccorso, si sono rivolti agli sportelli di accettazione del Pronto Soccorso su indicazione del personale sanitario, sono state incassate il 21% delle prestazioni erogate in fascia contrattuale "Privato pagante" con successiva emissione fattura.

Der Beschlussentwurf wurde von	PELLEGRINI INES	La proposta di Deliberazione è stata redatta da
ausgearbeitet		
Der/die Verfahrensverantwortliche	PELLEGRINI INES	Il/la responsabile del procedimento
bescheinigt und gewährleistet die technische, buchhalterische und verwaltungstechnische Richtigkeit sowie die Rechtmäßigkeit des vorliegenden Beschlussentwurfs		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 Amtsdirektor/in	PELLEGRINI INES	Il/la Direttore/trice d'Ufficio
am	15/05/2026	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	15/05/2026	in data
hat die Rechtmäßigkeit mit einem Sichtvermerk bestätigt		ha emesso il visto di legittimità